



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**MANIFESTACIONES EMOCIONALES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE
MÉXICO, UNA APLICACIÓN DEL TEST DE EDIMBURGO.**

“La Consejería en Salud Reproductiva de Adolescentes Embarazadas y su
Influencia en el Control de Riesgos, en un Hospital de la Ciudad de México:
Estudio de Intervención”. PAPIIT Clave IN 307811-3”. Comité de Investigación
ENEQ- UNAM 054

TESIS GRUPAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

RIVERA SANTIAGO ALEJANDRA

NO. DE CUENTA 408077927

MARTÍNEZ GARCÍA ISRAEL

NO. DE CUENTA 304141368

DIRECTOR DE TESIS

M.C.E. HUGO TAPIA MARTÍNEZ

México, D.F. 2012





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

A Dios

Por permitirme llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. Por escucharme en esos momentos difíciles, por ser mi consuelo, mi principio y fin.

A mi mami Noemí

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, por sus regaños, por sus preocupaciones, por ser la mamá mas mala del mundo ¡Tú sabes porque!, pero sobre todo por su amor infinito y porque hoy gracias a mi viejita soy una persona ejemplar y de buenos principios.

A mi Papi Angel

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. Por sus grandes consejos que aunque algunas veces me molestaban hoy me sacan de problemas.

A mis hermanos: Miguel Angel, Ana Laura y Luis Alberto por ser parte del gran equipo que formaron nuestros padres y porque siempre están ahí para escucharme, apoyarme y aconsejarme.

A mis sobrinos: Richi, Evelio, Choche, Alex y mi nena hermosa Ferchis, porque con sus juegos, risas y gritos, me indicaban lo hermoso de la vida, porque hoy tengo la oportunidad de darles un ejemplo de superación y porque son la motivación de seguir adelante.

A mi gran amigo Sergio González por ser mi apoyo durante toda la carrera, porque me enseñó el valor del trabajo, por impulsarme cuando sentía no poder más, por sus consejos y por enseñarme algunas herramientas de trabajo.

A José Manuel Sánchez por ser la persona en la que confío mis triunfos y derrotas.

A mis amigos, Rafael, Ilse, Omar, Sarahí, Andrea, Israel y tantos más, a mis familiares y a todas esas personas que en algún momento participaron en la historia de mi vida.

A mis Abuelos que desde el cielo guían mi camino.

Agradecimientos

A los docentes por instruirme en todo mi trayecto escolar hasta este momento, principalmente a Leonor mi maestra de kínder, a las profesoras: Gloria, Conchita, Meche y Leticia por creer en mí durante mi estancia en la primaria, a los maestros de secundaria todos; a mis profesores de bachillerato: Alma, Alejandro, Ontiveros, Leticia y Paola y a los de la licenciatura que son de esos que no se olvidan, Gloria Galván, Amado, Teresa Ayala, Araceli Díaz, Araceli Jiménez y muchos más que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación.

A mi director de tesis M.C.E Hugo Tapia Martínez y a los asesores quienes pusieron todos sus conocimientos para que yo pudiera realizar esta investigación.

Al personal Administrativo porque gracias a su conocimiento y destrezas se logró llevar a cabo este trámite de titulación.

Alejandra Rivera Santiago

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México que me abrió las puertas desde el nivel medio superior y aclaró el rumbo que debía llevar mi vida profesional.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia quien a lo largo de mis años de estudio forjó en mí el espíritu de la enfermería profesional.

A los maestros Hugo Tapia Martínez y Araceli Jiménez Mendoza por abrir en mí la curiosidad de aplicar el método científico.

Dedicatorias

Para mi madre, mi padre y hermanos que día a día me dieron la oportunidad de hacerle frente a los retos de mi presente y sentar las bases para mi futuro.

A mi amada esposa quien me ha motivado en culminar mis retos presentes y al nuevo ser que ha visto la luz de la humanidad.

A todas las personas que directamente e indirectamente participaron en un proyecto de vida que en mi presente me ha dejado satisfecho pero no conforme y no me olvidó de ti ser omnipresente que guiaste mi camino para hacer de mí una persona agradecida con la vida.

Israel Martínez García

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
I. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	3
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	4
II. JUSTIFICACIÓN.....	5
III. OBJETIVOS.....	6
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
IV. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 ANTECEDENTES.....	7
4.2 DEPRESIÓN.....	9
4.2.1 Concepto de depresión.....	9
4.2.2 Factores de riesgo.....	10
4.2.3 Fisiopatología de la depresión.....	12
4.2.4 Clasificación de la depresión según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV).....	15
4.2.5 Escala de Depresión de Edimburgh o Edimburgo.....	19

4.3 ADOLESCENCIA.....	21
4.3.1 Concepto de Adolescencia.....	20
4.3.2 Perfil sociodemográfico de la adolescente embarazada en México	23
4.3.3 Características generales de la adolescencia.....	27
4.3.4 Depresión en la adolescente embarazada.....	29
4.3.5 Adolescencia y embarazo.....	31
4.3.6 Factores que predisponen el embarazo en adolescentes.....	33
4.3.7 Repercusiones del embarazo adolescente.....	35
V. METODOLOGÍA.....	37
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	37
5.2 POBLACIÓN.....	37
5.3 MUESTRA.....	37
5.4 VARIABLES.....	37
5.5 INDICADORES.....	40
5.6 OPERACIÓN.....	41
5.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	43
5.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	43
5.9 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	43

5.10 INSTRUMENTO.....	44
5.11 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	45
5.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	46
VI. RESULTADOS, TABULARES Y GRÁFICOS.....	51
VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	67
VIII. CONCLUSION Y PROPUESTAS DE ENFERMERÍA.....	69
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
X. ANEXOS.....	74
10.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	74
10.2 ESCALA DE EDIMBURGO (versión 1).....	75
10.3 ESCALA DE EDINBURGH (versión 2).....	76
10.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	77

INTRODUCCIÓN

El embarazo en los adolescentes va en aumento en México, su prevención y atención integral para evitar los posibles daños a la salud materna y neonatal son cada día más olvidadas por las instancias políticas, de salud, educativas y sociales. Por este motivo es importante estudiar este tema, para contribuir a la atención integral brindada por parte de enfermería.

Unos de los aspectos que se descuidan en la salud de las adolescentes embarazadas es la parte emocional, conocerla más a fondo es pertinente si se considera que como enfermeros debemos otorgar cuidados a las personas de forma holística, es decir desde todas sus esferas bio-psico-social.

La presente tesis tiene como propósito identificar las manifestaciones emocionales de depresión presentes en las adolescentes embarazadas que asisten a su vigilancia prenatal en un Hospital Público de la Ciudad de México, mediante el Test de Edimburgo. De esta manera, se conozca más este grupo de edad y se trabaje para contribuir en pro del cuidado, la salud y la vida.

Continuando con las bases de la investigación la presente tesis se estructura en tres apartados; el primer apartado describe el Marco Teórico, que integra información sobre antecedentes, concepto, factores de riesgo, fisiopatología y clasificación de la depresión, así como la escala de Depresión de Edimburgh o Edimburgo.

Se define también, la adolescencia, el perfil sociodemográfico de la adolescente embarazada en México, sus características generales, la depresión en la adolescente embarazada adolescencia y embarazada, los factores que predisponen el embarazo en adolescentes y sus repercusiones físicas, sociales y psicológicas.

El segundo apartado abarca la metodología, donde se describe el tipo de investigación, la población y muestra, así como la variable, sus indicadores y la operacionalización; los criterios de inclusión, exclusión y eliminación; para continuar con el instrumento, el plan de recolección y las consideraciones éticas.

El tercer apartado muestra la presentación de la información, la cual es en cuadros y gráficas, para ello se utilizó, el SPSS versión 15. Se enuncia de igual forma el análisis e interpretación de los resultados, para finalizar con las conclusiones, las referencias bibliográficas y los anexos.

I. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En la actualidad los embarazos en adolescentes se siguen presentando y se han incrementado observándose que para el año 1990 el porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes era del 17% descendiendo en 1999 a un 16 % y ya para el año 2010 se encontró un porcentaje del 18% según datos del INEGI 2009, por otra parte la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSyN 2006), reporta que la tasa de embarazo en adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. En el informe se estima que 695 mil 100 adolescentes han estado embarazadas alguna vez.

Como estudiantes y pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México realizando prácticas profesionales en el Hospital General Regional de Iztapalapa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, y al participar, en el proyecto de investigación: “La Consejería en salud reproductiva (salud materna) para el control de factores de riesgo de adolescentes embarazadas en un Hospital de la Ciudad de México”: un estudio de intervención. Folio 054 Comité de Investigación ENEO- UNAM; fue de interés estudiar la parte psico-emocional de la mujer adolescente embarazada para contar con un perfil obstétrico de adolescentes embarazadas más amplio.

A pesar de que existen programas de salud que pretenden cubrir de forma integral el embarazo en adolescentes, la realidad muestra poca atención respecto a las necesidades emocionales; y crece más el interés ya que durante la participación en el proyecto ya citado, se detectaron en las adolescentes embarazadas varias manifestaciones emocionales tales como: tristeza, llanto, apatía, entre otras, propias de la depresión, motivándonos así a conocer y detectar estas manifestaciones contribuyendo a un mejor conocimiento de este grupo de edad y ofrecer herramientas a enfermería para brindar una atención más integral. Por lo tanto surge la siguiente pregunta de investigación.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las manifestaciones emocionales de depresión presentes en las adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México?

II. JUSTIFICACIÓN

La revisión de la literatura sobre el tema de investigación, mostró que son escasos los estudios por enfermería que investiguen los aspectos psicológicos o emocionales de las mujeres embarazadas, en especial del grupo adolescente, el cual se considera vulnerable a problemas o situaciones de salud, tales como las adicciones, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos.

Los resultados que se obtengan de esta tesis beneficiarán a los siguientes grupos:

A las adolescentes embarazadas, ya que al reconocer a detalle las manifestaciones emocionales, recibirían una atención más integral, en la esfera psico-emocional por parte del personal de salud.

La información arrojada por esta investigación permitirá que la familia de la adolescente pueda participar en su apoyo durante el transcurso del embarazo y parto, al reconocer las principales manifestaciones emocionales que pueden presentar en el transcurso del embarazo.

Al personal de enfermería que labora con adolescentes embarazadas, ya que podría brindar intervenciones específicas como el apoyo emocional, escucha activa, permitir la expresión de sus sentimientos, asimismo referir con oportunidad los casos difíciles al especialista, al detectar las principales manifestaciones emocionales diferenciales de un trastorno depresivo de mujeres.

A los estudiantes del área de la salud interesados en el tema de embarazo en la adolescencia y sus repercusiones en la esfera emocional, porque encontrarán las manifestaciones emocionales de adolescentes gestantes mexicanas.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar las manifestaciones emocionales de depresión presentes en las adolescentes embarazadas que asisten a su vigilancia prenatal en un Hospital Público de la Ciudad de México, mediante el Test de Edimburgo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las emociones de depresión (culpa, ansiedad, miedo o pánico, opresión, infelicidad, tristeza, llanto y autodaño) presentes en las adolescentes embarazadas, por medio de la Escala de Edimburgo.
- Señalar las emociones positivas (risa y placer) presentes en las adolescentes embarazadas según la Escala de Edimburgo.
- Describir el perfil sociodemográfico de la población de adolescentes embarazadas que fueron evaluadas mediante la Escala de Edimburgo.
- Conocer el porcentaje de probable depresión en las adolescentes embarazadas evaluadas por medio de la Escala de Edimburgo.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES

Hasta mediados de la década de los 80s, prevaleció la idea de que la maternidad, particularmente el embarazo, se asociaba casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Se sabía, por supuesto, que las enfermas psiquiátricas se podían embarazar y que las puérperas eran algo más vulnerables, pero predominaba el concepto de que la gestante no padecía de afecciones psíquicas. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez hizo un cuestionamiento explícito al mito prevaleciente hasta entonces cuando, en un texto inglés de la época, inició el capítulo sobre trastornos psicológicos en el embarazo.¹

Cabe mencionar un interesante estudio prospectivo de una cohorte de más de 9.000 mujeres y sus hijo(a)s, realizado en Inglaterra. Incluyó la aplicación de la EPDS durante las semanas 18 y 32 del embarazo, y luego a las ocho semanas y a los ocho meses posparto. El seguimiento reveló que la presencia de síntomas depresivos persistentes en las madres durante el embarazo se asoció a un retraso en el desarrollo de los niño(a)s, a los 18 meses de edad, en comparación a lo observado en los niño(a)s cuyas madres no presentaron tales síntomas durante la gestación.²

El instrumento de tamizaje para depresión usado más comúnmente durante la gestación en todo el mundo es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), escala que ha sido validada para ser usada en el embarazo en distintos contextos.³

^{1,2,3} Jadresic M.E. Depresión en el Embarazo y el Puerperio. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (4): 269-278 Santiago Dic. 2010. *versión on-line* ISSN 0717-9227

A lo largo del tiempo hay evidencia de estudios realizados con el fin de aclarar el papel que juega la depresión en la salud de las adolescentes embarazadas por ejemplo: Un estudio realizado en el 2009 sobre Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia), estudio de corte transversal se obtuvieron resultados en donde la prevalencia de depresión en las adolescentes embarazadas, fue del 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16,8%, y aunque se describe los factores de riesgo en ambos grupos se concluye que la depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas.⁴

⁴ Bonilla-Sepúlveda *Óscar Alejandro*. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 3 • 2010, pp. 207-213.

4.2 DEPRESIÓN

4.2.1 Concepto de depresión

Martínez y Walsley (2009) refieren que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia, la alimentación, el sentido de auto-valía y autoestima.⁵

A su vez, *Bonilla (2009)* dice que la depresión se caracteriza por una pérdida del interés por la vida, cambio de apetito o de peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración y de culpa, dificultad para pensar, ideación suicida, pobre auto cuidado de la salud y en los adolescentes se puede manifestar de otras formas como irritabilidad.⁶

Por lo tanto la depresión se puede entender como una crisis emocional anormal que se caracteriza por disminución del interés, cambios en la forma de alimentarse, sentimientos de culpa, periodos de insomnio, e irritabilidad, esta última, característica en los adolescentes; hasta la reducción de la autoestima y el suicidio.

⁵Martínez, LP; Waysel, KR, Depresión en Adolescentes Embarazadas. Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 14, Núm. 2, julio-diciembre, 2009. Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio//ArtPdfRed.jsp?i=292112004>

⁶Bonilla-S.O.A, Depresión y Factores Asociados en Mujeres Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas en Medellín (Colombia). Estudio de Corte Transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 3 •2009

4.2.2 Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y, como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención. La depresión en adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión.⁷

Riesgos familiares

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño.⁸

El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión.

El contexto familiar en el que vive el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el adolescentes. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.⁹

⁷ Garber J. Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. Am J Prev Med. 2006;31(6 Suppl 1):104-25

⁸ Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Psicothema. 1999;11(4):939-56

⁹ Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2005;35(1):6-24.

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes.

Riesgos en relación con el entorno

La depresión en los adolescentes se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social.

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja.

Por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión¹⁰.

¹⁰ Haavisto A, Sourander A, Multimaki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, et al. Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *J Affect Disord.* 2004;83(2-3):143-54.

4.2.3 Fisiopatología de la depresión

En la depresión es preciso indicar que no existe una causa única. Más bien parece estar asociada a una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicosociales, y es donde recae la importancia de conocer cuáles son los diversos factores y como pueden sumarse para dar origen a la depresión.

En primer lugar es importante descartar enfermedades que estén involucradas directamente o indirectamente con la depresión, por tanto es importante saber cuáles son y de qué manera puede estar influyendo para desencadenar los episodios depresivos. En resumen hay que descartar, diagnosticar y tratar las enfermedades coexistentes, para restar factores y hacer más exitoso los tratamientos para la depresión.

Pero ¿Cuáles son estas enfermedades?

Una de las principales afecciones de origen psicológico que van acompañadas de la depresión son las crisis de ansiedad (Instituto Nacional de la Salud Mental 2009)¹¹, que entre sus variantes se encuentra el trastorno de estrés post traumático, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico, fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada.

Por otro lado se ha encontrado la presencia de secreción anormal de cortisol y resistencia de los receptores de glucocorticoides sobretodo en la región del hipotálamo, que a su vez desencadenan procesos de cambio en el estado de ánimo, por tanto ante la presencia de enfermedades coexistentes que en menor o mayor medida estén alterando el estado de salud es importante detectar y tratar las enfermedades para ir disminuyendo factores de riesgo que en un momento dado

¹¹ Instituto Nacional de Salud Mental. 2009

puedan estar desencadenando episodios de depresión y estar afectando la salud del binomio madre-hijo.¹²

- Bioquímicos

Investigaciones indican que la depresión responde a un problema a nivel cerebral. “Las imágenes de resonancia magnética han demostrado que las personas con depresión muestran imágenes diferentes (Instituto Nacional de la Salud Mental 2009)”¹³ a las personas que se encuentran sin problemas de depresión y más específicamente se habla que “en las zonas de la regulación del ánimo, hambre, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además hay importantes neurotransmisores que no se encuentra en equilibrio presentando casos de depresión siendo estos la serotonina (Instituto Nacional de la Salud Mental 2009) uno de los neurotransmisores más estudiados que resulta ser causante de la depresión.¹⁴ Estudios acerca del funcionamiento endocrinológico en pacientes depresivos han revelado anomalías del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis- adrenal (HHA).

El hallazgo más consistente es un trastorno en la secreción de cortisol y resistencia de los receptores de glucocorticoides sobretodo en la región del hipotálamo (*Hernán 2002*).

Por lo antes mencionado es importante verificar en cada uno de los casos cuando se sospeche de un cuadro de depresión hacer una historia clínica en la cual se descarte algún problema bioquímico que pueda interferir en el comportamiento de la adolescente embarazada ya que puede pasar desapercibido y traer recaídas futuras o agravarse cuadros depresivos y llegar hasta el extremo de un acto suicida.

¹² Ramírez, Fernando (2010). Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados, Revista Peruana de Epidemiología, vol. 14, núm. 1, abril, p p: 66 Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=203119805009>

^{13,11} Instituto Nacional de la Salud Mental, (NIMH por sus siglas) (2009) Depresión, extraído el 4 mayo del 2012 desde: <http://www.nlm.nih.gov/>

- Genéticos

Cada individuo nace con una determinada carga genética y el ADN tiene una secuencia similar en cada célula, pero cada tipo de célula tiene un diferente patrón de expresión de genes, algunos más o menos activos y otros inactivos. Estos patrones diferentes están establecidos o determinados durante el desarrollo por fenómenos que por diferentes vías actúan sobre el ADN modificando su expresión génica, aunque sin alterar su secuencia de ADN. A esta particular programación se la denomina epigenética.¹⁵ Sin embargo la depresión también puede presentarse sin antecedentes heredofamiliares de depresión.

Por otro lado hay autores que nos dicen que “Es posible que se herede la vulnerabilidad a padecer trastornos del estado de ánimo, pero que sean necesarios factores ambientales concurrentes y/o precipitantes para su manifestación.”¹⁶

- Psicosociales

“Además los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar episodios de depresión.”¹⁷ Episodios de depresión subsiguiente pueden ocurrir con o sin una provocación evidente. Así que la combinación de todos estos factores ya citados anteriormente hace de la depresión una enfermedad que involucra la atención interdisciplinaria, de psicólogos, psiquiatras, enfermeras, consejeros Obstetras y hace de esta, una entidad compleja en entendimiento y tratamiento así que es importante detectar los cuadros de depresión por las consecuencias que puede propiciar en la mujer adolescente embarazada y en su futuro hijo.

¹⁵ Luján Draghi Susana (2009). Depresión en el embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Volumen 88 - Nº 982 – Diciembre. Desde: slujan@intramed.net.

¹⁶ Otero Cuesta S (2004). Depresión y suicidio en niños y adolescentes, *Pediatría Integral* ;VIII(8):636

¹⁷ Chávez Courtois Mayra (2008). Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. *Perspectivas en psicología*, año/vol., numero 001. UNIVERSIDAD SANTO TOMAS.

4.2.4 Clasificación de la depresión según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV).

El DSMIV distingue entre dos formas de depresión. El trastorno depresivo mayor es un episodio de tristeza intensa que puede durar varios meses; en mayor contraste, la distimia es una tristeza menos intensa, pero que persiste con poco alivio por periodos de dos años o más. Algunas depresiones se tornan tan intensas que la gente se vuelve psicótica, es decir, pierde el contacto con la realidad (*Morris, C. 2005*).

Trastornos del estado de ánimo

- Episodios afectivos: episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco.
- Episodios del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I.
- Episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

Criterios para el episodio depresivo mayor:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- Insomnio o hipersomnias casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico:

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:¹⁸

- Pérdida o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

¹⁸ Juan J. López-Ibor Aliño. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, 4ª edición, editorial MASSON. Barcelona, 1995. Pp. 323-400.

- Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (ej. hipotiroidismo).

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

4.2.5 Escala de Depresión de Edimburgh o Edimburgo

La Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgh (J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky)¹⁹ se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

¹⁹ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del British Journal of Psychiatry, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Segovsky

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 el embarazo.²⁰

En base a lo anterior podría entenderse que la Escala de Depresión de Edimburgh, es aplicable solo en casos de depresión pos-parto, sin embargo existe evidencia que ésta es confiable durante la gestación, por lo tanto puede ser utilizada para fines de esta investigación justificándose según un artículo de perinatología y reproducción humana titulada "Calibración del Punto de Corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología, obteniendo valores de .74 de sensibilidad y .83 de especificidad concluyendo que la EPDS demostró ser un instrumento confiable y válido para la detección de "probable depresión perinatal" en pacientes que cursan un embarazo entre las semanas 13 y 40 de gestación.²¹

²⁰ Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 58 No. 4 • 2007 • (277-283)

²¹ José Gabriel Espíndola. Perinatología y Reproducción Humana. Calibración del Punto de Corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en Pacientes Obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología; Vol. 18(3):2004179-186 versión impresa ISSN 0187-5337

4.3 ADOLESCENCIA

4.3.1 Concepto de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el término adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose tres fases: "adolescencia temprana" de los 10 a los 14 años, en donde ocurren la mayoría de los cambios biológicos; "adolescencia media" de los 15 a los 19 años, en donde predomina la interrelación sociológica; y la denominada "adolescencia tardía", contemplada de los 19 a los 21 años, en donde generalmente se presenta el logro de la identidad.

El término adolescencia, se remonta al latín "*adolecere*", que significa "crecer hacia", o "crecer" (ad, que significa crecer "hacia", *olescere*, "crecer" o ser Alimentado).

Hall, 1904 (citado en: Morris, 1992), describe la adolescencia como un periodo de "tormentos y estrés" inevitables, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos.

Freud, 1905 (Freud, 1917, Morris, 1992), definió la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión.

Brooks (1959), denomina adolescencia, al periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los doce y trece años y los veinte. El periodo se cierra cuando el individuo entra a la edad adulta. En el transcurso de esta época alcanzan madurez las funciones reproductoras, y se presentan cambios físicos, mentales y morales que se producen simultáneamente.

Gessel (1956), define la adolescencia como un periodo prominentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo.

Harrocks (1984), ofrece una definición desde el punto de vista biológico. De acuerdo con ello, el individuo se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad, pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas sexuales secundarias. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad para reproducirse.

México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad en 2009, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. El 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida. En 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela. Del total de niños y jóvenes que no asistían a la escuela, correspondían a este grupo de edad 48.6% de hombres y 44.1% de mujeres.²²

²² http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm

4.3.2 Perfil sociodemográfico de la adolescente embarazada en México

La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.

La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en solo siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%). En el grupo de edad de 15 a 24 años, 74 % viven en áreas urbanas y el 26 % viven en áreas rurales.

En 2010, los estados que presentan mayor porcentaje de población adolescente de 10 a 19 años son Chiapas, Guerrero y Oaxaca (cabe señalar que son estados con bajo nivel de desarrollo) por el contrario el Distrito Federal y Nuevo León son los que presentan el menor porcentaje de jóvenes entre esas edades. A nivel nacional, el 20% de la población se encuentra entre este grupo de edad.

La mayoría de los adolescentes son personas solteras (97% de los hombres y 93% de las mujeres) aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y poco más de 240,000 cuenta en su haber con una unión disuelta. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales; en las edades de 15 a 19 años una de cada cinco está casada o unida.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó para 2009 que México contaba con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres.

En 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela, de los cuales el 48.6% correspondían a hombres y el 44.1% a mujeres.

En 2008 se registró un alto porcentaje de mujeres adolescentes que no estudian y se encuentran casadas, viven en unión libre o están divorciadas (19.2%).

En el 2010, la población económicamente inactiva era superior a la económicamente activa. De la población activa, más del 50% corresponde a hombres, lo contrario sucede con los adolescentes inactivos, donde más del 50% corresponde a mujeres.

El lugar donde la mayoría de las mujeres desempeñan su trabajo es en su propio domicilio, en establecimientos o instalaciones de la empresa, en el domicilio o lugar donde se encuentren los clientes, o bien, ambulante de casa en casa o en la calle.

Los matrimonios de mujeres adolescentes han disminuido hasta un 50% entre 1950 y 2008. Cabe señalar que el porcentaje de matrimonios en mujeres adolescentes siempre ha sido mayor respecto al de hombres.

En cuanto a las tasas de embarazo adolescente según estado conyugal estas son, notablemente superiores entre las mujeres unidas 248 embarazadas por cada mil mujeres unidas contra solo 13 por cada mil solteras.

Una de las mayores preocupaciones en el ámbito de la Salud Pública se refiere al embarazo adolescente, no solo por el riesgo bio-psico-social para la madre y para el recién nacido sino también por la mayor morbilidad y mortalidad materno-infantil que esto puede implicar además de las oportunidades perdidas que puede sufrir la madre al verse presionada.

Para dejar los estudios y frenar su desarrollo intelectual la ENADID 2006 pone en evidencia que a nivel nacional se estima que 69 de cada mil mujeres de 15 a 19 años tuvieron durante 2005 un embarazo y que visto en términos porcentuales el 10.7% de las adolescentes de 15 a 19 años declararon haber estado embarazadas alguna vez en su vida.

Esta cifra muestra importantes diferenciales por edad: 4.7% en el grupo de 15 a 17 años, contra 20.4% en mujeres entre 18 y 19 años.

Los datos de la presente encuesta confirman que la fecundidad adolescente es más alta en las mujeres con niveles socioeconómicos más desfavorables.

El análisis del nivel de escolaridad muestra que mientras 156 de cada mil mujeres sin escolaridad tuvieron un embarazo, esto sólo ocurrió en 28 adolescentes con algún año cursado de preparatoria. La relevancia del nivel escolar se confirma al analizar que cerca del 24% de las mujeres de 15 a 19 años sin escolaridad o con primaria incompleta se declararon alguna vez embarazada, contra sólo un 4.6% con algún año de preparatoria cursado.

Los nacimientos señalan que las madres adolescentes con un nivel de escolaridad mayor, presentan menor tasa de fecundidad.

Mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres.

Estos resultados ubican al embarazo en la adolescencia como un problema relevante en nuestro país, sobre todo en las mujeres de 12 a 15 años, ya que en estas edades constituye un elevado riesgo para la salud tanto de la madre como del hijo.

El suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de vehículos de motor. Desafortunadamente la tendencia es a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La prevalencia de intento de suicidio en adolescentes fue de 1.1%, con porcentaje mayor para las mujeres. Asimismo, la conducta suicida se manifestó sobre todo cuando los adolescentes tenían entre 16 y 19 años de edad (1.9%), edades coincidentes con los últimos años de secundaria o preparatoria. Los resultados permiten identificar que la prevalencia de intento de suicidio aumenta en aquellos adolescentes que viven con su pareja (3.1%), en los que consumen alcohol (3.0%) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (4.1%).

Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años según intento de suicidio, por sexo, es de 73.9% mujeres 26.1 % hombres.²³

²³ Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de la población adolescente, México 2010.

4.3.3 Características generales de la adolescencia

La adolescencia se encuentra en medio de varias circunstancias que hace de ella un entramado de temas, problemas, situaciones que convergen y lo convierten en un fenómeno social estudiado desde varias aristas: biológico, psicológico, social, económico, de salud entre otros.

Los cambios físicos son el parte aguas de la revolución física, psicológica y social de la adolescente, empezando con la etapa de la pubertad donde se relaciona con múltiples cambios fisiológicos, entre ellos el desarrollo de las características sexuales secundarias, como las mamas, el vello púbico, vello axilar, la aceleración de crecimiento lineal, crecimiento óseo, y los cambios en la composición del cuerpo.

En las mujeres adolescentes normales las manifestaciones externas de la pubertad se observan regularmente entre los 8.5 y los 13 años con una edad promedio de 11 años y una desviación estándar de 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 sistema hipotálamo-hipófisis-ovario.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva la edad promedio de inicio de la 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.

Para *Piaget* la tarea fundamental de la adolescencia es lograr la inserción en el mundo de los adultos. Para lograr este objetivo las estructuras mentales se transforman y el pensamiento adquiere nuevas características en relación al del niño: comienza a sentirse un igual ante los adultos y los juzga en este plano de igualdad y entera reciprocidad. Piensa en el futuro, muchas de sus actividades actuales apuntan a un proyecto ulterior. Quiere cambiar el mundo en el que comienza a insertarse. Tiende a compartir sus teorías (filosóficas, políticas, sociales, estéticas, musicales, religiosas) con sus pares, al principio sólo con los que piensan como él.

La discusión con los otros le permite, poco a poco, el descentramiento (aceptar que su verdad es un punto de vista, que puede haber otros igualmente válidos, y que puede estar equivocado). La inserción en el mundo laboral promueve (más aún que la discusión con los pares) la descentración y el abandono del dogmatismo mesiánico (mi verdad es la única verdad).

4.3.4 Depresión en la adolescente embarazada

La adolescencia, según la OMS, es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; dicho período fija sus límites entre los 10 y 19 años²⁴. Por tanto se encuentra en un punto de transición entre la niñez y la edad adulta y donde todavía no cuentan con la madurez psicológica para comprender del todo los procesos propios de la adolescencia y mucho menos podrá entender la dinámica de la depresión que es una enfermedad compleja que involucra varios factores predisponen y en algunas ocasiones son difíciles de identificar.

Al estudiar la depresión en adolescentes, se observa que ésta se encuentra estrechamente relacionada con la ansiedad ya que ambas se presentan conjuntamente en todos los casos. Como resultado de lo anterior, el exceso de incompreensión de la ansiedad corresponde a un excesivo entendimiento de la depresión (Garza, 2007)²⁵. Puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias graves como el suicidio y la disfunción socio-familiar.

Se estima que para el 2020 la depresión mayor se convertirá en la segunda afección más discapacitante, superada tan sólo por la cardiopatía isquémica (American Psychiatry Association. DSM – IV 1994).

El número de mujeres que sufren de depresión grave y distimia (estado de ánimo crónicamente depresivo) es el doble que el de los hombres, debido probablemente a las diferencias biológicas entre ambos; los cambios hormonales, tales como la secreción de estrógenos y progesterona, parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres (Goldman, 2008)²⁶, correspondiendo indudablemente

^{21,25} Martínez Lanz, Patricia; Waysel, K. Romano (2009), DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 14, Núm. 2, julio-diciembre, pp. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29211992004>

²⁶ Martínez Lanz, Patricia; Waysel, K. Romano (2009), DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 14, Núm. 2, julio-diciembre, pp. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29211992004>

a la etapa de una adolescente que se encuentra en constantes cambios físicos y en especial hormonales, que si bien no incluye la combinación de adolescente y depresión con embarazo es presuntivamente lógico que aumentara las probabilidades de padecer depresión en el embarazo de una adolescente.

El embarazo no planeado en una adolescente puede repercutir sobre su esfera social, interrumpe el proyecto educativo y genera la necesidad de trabajar, todo lo cual se refleja en su situación económica desencadenando un torbellino de problemas que posiblemente desencadenen problemas psicológicos y psiquiátricos.

Al revisar la bibliografía existen diversas investigaciones donde se hacen evidentes las diferencias de adolescentes embarazadas con depresión y adolescentes no embarazadas con depresión, por ejemplo en la investigación de (Bonilla-Sepúlveda 2009) donde se encontró que la prevalencia de depresión en adolescentes embarazadas fue del 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16,8%. Y en donde el autor concluye que la depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas²⁷

²⁷ Bonilla-Sepúlveda Óscar Alejandro. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 3 • 2010, pp. 207-213.

4.3.5 Adolescencia y embarazo.

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica (entendiéndose por tal al tiempo que ocurre desde la menarca) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (*Ulanowicz, Parra, Wendler, Monzon, 2006*).

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además de las complicaciones futuras que puede generar (*Fernández, Puig, Ferrera y Pérez Piñero; 2004*).

Cada año 14 millones de adolescentes dan a luz en el mundo lo cual representa poco más de 10% del total de nacimientos a nivel mundial, representando un verdadero problema de salud pública que en la realidad sigue a pesar de diversas estrategias en toda la orbe y en especial en México.²⁸

De acuerdo con el consenso de la población del 2007 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México, el 0.42% de los nacimientos son de madres menores a los 15 años y las madres que dan a luz entre los 15 y los 19 años representan el 16.42%.

En la Encuesta de Salud y Nutrición (2006) las cifras de embarazo adolescente oscilaban entre el 52% y el 67% de las adolescente de 15 a 19 años, dependiendo de la región del país; entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad, la primera relación sexual ocurre a los 15.4 años y antes de los 18 años el 50% de los adolescentes ya tiene una vida sexual activa.

En 2009, una de cada cuatro adolescentes no utilizaba ningún método anticonceptivo.

²⁸ Hoja Informativa. Embarazo Adolescente. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Rosario Taracena. Actualización César Vicente, Noviembre del 2003. <http://www.gire.org.mx/publica2/embarazoact03.pdf>

Más del 60% de los embarazos adolescentes ocurren de forma inesperada y de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID) América Latina tiene la segunda tasa de fertilidad más alta en el mundo por debajo de Asia.

En los estados de Veracruz, Guerrero, Chihuahua, Quintana Roo y Sonora el porcentaje de embarazos adolescentes (12 a 19 años) es del 67%.

La futura madre adolescente, nos dice Fernández Ruiz L (2003), se enfrenta a las inquietudes propias de la gravidez; se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva imagen corporal; teme a las molestias del parto, se angustia por la actitud del padre, en muchos casos también adolescente. A ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlos; dejar de divertirse, atender a su bebé y amamantarlo cada vez que llore, entre otros aspectos, que pueden provocar estrés, fatigas, desinterés y trastornos de la personalidad (Salazar, et al., 2006).²⁹

Por tanto, en estas mujeres se suman procesos de adaptación en los roles como adolescentes y la condición de embarazo, que las hacen más susceptibles a la influencia factores de riesgo. Asimismo, frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento. *Cruz López MV et al (2004)*.³⁰

^{29,27} Salazar Cutido B, Álvarez Franco E, Maestre Salazar LC, León Duharte D, Pérez Garí O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la dolescente [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(3).<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm> [consulta: 12/04/12].

4.3.6 Factores que predisponen el embarazo en adolescentes

Individuales: Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia³¹.

Biológicos: Menarquía a la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas³².

Psicosociales: El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Sociales: Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

³¹Galicia Moyeda, Iris Xóchitl; Sánchez Velasco, Alejandra; Robles Ojeda, Francisco Javier. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, Vol. 25, Núm. 2, diciembre, 2009, pp. 228-229.

³² ³⁰Reyes Nidia Rosibel. Factores que Predisponen la Ocurrencia de Embarazos en Adolescentes. Colonia Flor del Campo. Comayagua. Honduras. año 2005.

Socioculturales: El embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga.

El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.³³

Familiares: Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.³⁴

Psicológicos: La soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima.

³⁴Galicia Moyeda, Iris Xóchitl; Sánchez Velasco, Alejandra; Robles Ojeda, Francisco Javier. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento Escolar y Dinámica Familiar. *Anales de Psicología*, Vol. 25, Núm. 2, diciembre, 2009, pp. 228-229.

4.3.7 Repercusiones del embarazo adolescente

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia.

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la interrupción de sus estudios. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. Entre las mujeres que se embarazaron por primera vez entre los 15 y los 19 años, sólo el 14 por ciento estudiaba; sin embargo, más del 60 por ciento de ellas dejó de hacerlo³⁵. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La relación de pareja de menor duración y más inestable suele significarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes pueden verse obligadas a buscar una salida fácil y ponen en riesgo su vida (ej., el aborto)³⁶.

³⁵ García Méndez Mirna. Boletín UNAM-DGCS-12, El Embarazo Adolescente, un Problema de Salud Pública y de Gran Impacto Social. 12:30 hrs. 25 de Febrero de 2008

³⁶ Angélica María Armendáriz Ortega y Bertha Yolanda Medel Pérez. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. Julio-Septiembre 2010. pág. 20.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en cambio en una mujer adulta viviría su rol de madre de una manera diferente y más saludablemente.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos³⁷.

Desde la perspectiva médica, en este grupo de edad se ha descrito un mayor número de casos de abortos, anemia, infecciones urinarias, vaginosis, bacteriuria asintomática, preeclampsia-eclampsia, malnutrición materna, parto prematuro, rotura prematura de membrana y cesárea. Por otra parte, dentro de los embarazos en la población de 16 años o menos existe un riesgo más elevado para el hijo, que incluye hospitalización en neonatología, defectos del tubo neural, mortalidad perinatal y bajo peso al nacer. Igualmente, se ha descrito una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas³⁸.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

³⁷ Paula León, Matías Minassian, Rafael Borgoño. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1.p.p. 46.

³⁸ Bonilla-Sepúlveda Óscar Alejandro. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 3 • 2010, pp. 207-213.

V. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de tipo Cuantitativo, de diseño Observacional Descriptivo y Transversal.

5.2 POBLACIÓN

Adolescentes Embarazadas

5.3 MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 86 mujeres adolescentes embarazadas menores de 20 años que acudieron a su Control Prenatal en el “Hospital General Regional Iztapalapa” y que formaron parte del Proyecto de Investigación: “La Consejería en salud reproductiva (salud materna) para el control de factores de riesgo de adolescentes embarazadas en un Hospital de la Ciudad de México”: un estudio de intervención. Folio 054 Comité de Investigación ENEO- UNAM.

5.4 VARIABLES

Manifestaciones Emocionales de Depresión en adolescentes embarazadas

Definición conceptual

Depresión: Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día. *Bello M, (2005)*

Enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia, la alimentación, el sentido de auto-valía y autoestima. *Martínez y Walsley (2009)*

Adolescentes: Los individuos que se encuentran entre los 10 y 19 años de edad. *OMS (2005)*

Embarazadas: Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Embarazo adolescente: Gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.³⁹

De las cuales se conforma la siguiente definición:

“Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día afectando al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia, la alimentación, el sentido de auto-valía y autoestima presentada en mujeres embarazadas que se encuentran entre los 10 y 19 años de edad”.

Emociones: Son un conjunto complejo de respuestas químicas y neuronales que forman un patrón distintivo. Surgen ante una situación repentina. No innato. No duradero.

Sentimientos: Son la evaluación consciente que hacemos de la percepción de nuestro estado corporal durante una respuesta emocional. Duraderos

Estado de ánimo: Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad. Estos son los tipos de estado de ánimo:

Elevado: Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente «arriba», «en éxtasis», «en la cima del mundo» o «por las nubes».

³⁹ Paula León, Matías Minassian, Rafael Borgoño. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol. 5, N° 1, pp. 42

Eutímico: Estado de ánimo dentro de la gama «normal», que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.

Expansivo: Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobre valoración del significado o importancia propios.

Ansiedad: Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticas de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

Pánico: Episodio agudo de los estados de ansiedad caracterizado por un miedo intenso e irracional.

Culpa: Experiencia dolorosa que deriva de la sensación más o menos consciente de haber transgredido las normas éticas personales o sociales.

Miedo: Reacción emotiva frente a un peligro reconocido como tal en estado de conciencia.

Tristeza: Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc... A menudo nos sentimos tristes cuando nuestras expectativas no se ven cumplidas, cuando las circunstancias de la vida son más dolorosas que alegres. La alegría sería la emoción contraria.

Placer: Estado emotivo caracterizado por su tonalidad agradable y que, junto con el dolor, orienta el comportamiento desde los primeros años.

Risa: Expresión espontánea de un estado emocional agradable. Es una respuesta innata comunicativa, que no se aprende ni por condicionamiento ni por imitación.

Infelicidad: Estado de ánimo de la persona que se siente desgraciada y se encuentra triste por causa de un gran dolor o aflicción.

Llanto: Derramamiento de lágrimas, generalmente acompañado de lamentos y quejas que expresan dolor o tristeza.

Agobio: Sensación de gran molestia o fatiga.

Auto-daño: Ocurre cuando alguien se lastima o perjudica deliberadamente a sí mismo.

5.5 INDICADORES

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Edad del embarazo en semanas

Manifestaciones emocionales positivas:

- Risa
- Placer

Manifestaciones emocionales negativas:

- Culpa
- Ansiedad
- Miedo o Pánico
- Opresión
- Infelicidad
- Tristeza
- Llanto
- Auto-daño

5.6 OPERACIÓN

Variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías
Edad	Cuantitativa	Discontinua	Años
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria
Ocupación	Cualitativa	Categórica	Ama de casa Estudiante Trabajadora
Estado civil	Cualitativa	Categórica	Casada Soltera Sin Cónyuge Unión Libre Viuda
Edad del embarazo	Cuantitativa	Continua	Semanas de Gestación
Risa	Cualitativa	Likert	Tanto Como siempre No tanto ahora Sin duda, mucho menos ahora No en absoluto
Ansiedad	Cualitativa	Likert	No, en absoluto Casi nada Si, a veces Si, muy a menudo
Miedo o Pánico	Cualitativa	Likert	Si, bastante Si, a veces No, no mucho No, en absoluto

Opresión	Cualitativa	Likert	Si, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas Si, a veces no he podido sobre llevarlas de la manera No, la mayoría de las veces he podido llevarlas bastante bien No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo he hecho siempre
Infelicidad	Cualitativa	Likert	Si, casi siempre Si, a veces No muy a menudo No, en absoluto
Tristeza	Cualitativa	Likert	Si, casi siempre Si, bastante a menudo No muy a menudo No, en absoluto
Llanto	Cualitativa	Likert	Si, casi siempre Si, bastante a menudo Ocasionalmente No, nunca
Auto-daño	Cualitativa	Likert	Si, bastante a menudo A veces Casi nunca No, nunca

5.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes embarazadas que acudan a su control prenatal al Hospital General Regional de Iztapalapa
- Menores de 20 años
- Sin trabajo de Parto
- Que sepan leer y escribir.
- Que no tengan enfermedad psiquiátrica.
- Que deseen participar en el estudio

5.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mayores de 20 años
- No ser habitantes de la Delegación Iztapalapa
- Que no sepan leer ni escribir.
- En pródromos de trabajo de parto
- Con enfermedad psiquiátrica.
- Que no deseen participar en el estudio.

5.9 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Instrumentos incompletos

5.10 INSTRUMENTO

El instrumento utilizado es el de Depresión Perinatal de Edimburgo (EDPE Junio de 1987) que evalúa sintomatología depresiva, consta de 10 preguntas y cada una tiene tres opciones de respuesta, con una puntuación de 0 a 3 puntos, que en su totalidad dan un intervalo de 0 a 30; si la puntuación obtenida es igual o mayor de 12 se considera que el sujeto cursa con depresión. El cuestionario es autoaplicable y se contesta en presencia del aplicador, cuya función es despejar las dudas derivadas del cuestionario. Tiene un alfa de Cronbach de 0,84 y sensibilidad de 0.75.

Cabe mencionar que esta escala muestra probabilidad de depresión, pero no su gravedad. 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 EPDE está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Las instrucciones de llenado son: Pedir a la adolescente que elija la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores a la entrevista, responder a las 10 preguntas y que debe tener cuidado de hablar con otras personas sobre sus respuestas.

Alfa Cronbach: Es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, y cuya denominación Alfa fue realizada por Cronbach en 1951. Mide validez y confiabilidad.

Validez: Se refiere si el instrumento para la recolección de datos mide lo que realmente debe medir.

Para completar el instrumento se agregaron 5 preguntas socio-demográficas, haciendo un total de 15 reactivos. De 1 a 5

5.11 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Procedimiento: Durante los meses de julio, agosto y septiembre del 2011 acudimos al “Hospital General Regional de Iztapalapa”, área Control Prenatal Consultorio #3 para recabar la siguiente información: Consentimiento Informado (ver ANEXO 1), Ficha de Identificación y la Escala de Depresión de Edimburgo (ver ANEXO 2 y 3).

1.- Se identificaron a las adolescentes embarazadas mediante los criterios de inclusión.

2.- Se realizó la entrevista con privacidad en el Consultorio #3 con base en las normas éticas.

3.- Se obtendrá el consentimiento informado de las adolescentes embarazadas junto con la persona responsable o acompañante (madre, padre, tutor o pareja) antes de llevar a cabo la entrevista (para el llenado del instrumento). Durante este proceso se brindará una explicación de la investigación, de los objetivos del estudio y se les describirá claramente en lo que consiste su participación. Posteriormente se dará lectura conjuntamente con la paciente al formato para consentimiento informado, proporcionándole las facilidades para expresar sus dudas hasta quedar satisfecha. Se hará énfasis en que su participación es completamente voluntaria, que el empleo de la información será confidencial y que si decide no participar esto no repercutirá en la atención que le proporciona el Hospital. En caso de consentir, se le pedirá que firme de aceptación.

4.- Se hace entrega del Instrumento (EPDS) y un bolígrafo, se explican instrucciones de llenado y se aclaran dudas.

Procesamiento: La información obtenida fue procesada a través del SPSS (un procesador estadístico informático) versión 15.0 y Excel 2007 de donde se extrajeron los siguientes datos estadísticos: frecuencias, porcentajes y gráficos (histogramas, barra, pastel).

5.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación atenderá a los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, veracidad, privacidad y confidencialidad, señalados en el código ético de Enfermería.⁴⁰

Por otro lado sustentara su ejecución en el marco de lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, que refiere reportar riesgo mínimo para los sujetos de estudio, al consentimiento informado, al anonimato y a la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, recordando que es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud.

El desarrollo de esta investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a estudio; criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas.⁴¹

Es por lo anterior que se retoman los siguientes artículos en materia de Investigación:

ARTÍCULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; la prevención y control de los problemas de salud; al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud y al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y a la producción de insumos.

⁴⁰ Colegio Internacional de Enfermeras.1999. Código de ética en enfermería.

⁴¹ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos⁴²

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.
- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes residuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las

⁴² Ley general de salud. (----). "Investigación para la salud".

indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación.

- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. Donde se expresan derechos, usos y sus implicaciones a futuro donde serán atendidos su anonimato y la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio o impedir el uso de sus datos para el fin que tenga la investigación.⁴⁴

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito.

De la Investigación en Menores de Edad⁴³

ARTÍCULO 34.- Además de las disposiciones generales de ética que deben cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquella que se realice en menores o incapaces deberá satisfacer lo que se establece en este capítulo, excepto cuando se trate de mayores de 16 años.

ARTÍCULO 36.- Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate.

ARTÍCULO 39.- Las investigaciones clasificadas como riesgo y sin beneficio directo al menor o al incapaz, serán admisibles de acuerdo a las siguientes consideraciones:

- Cuando el riesgo sea mínimo: La intervención o procedimiento deberá representar para el menor o el incapaz una experiencia razonable y comparable con aquellas inherentes a su actual o esperada situación médica, Psicológica, social o educativa, y la intervención del procedimiento deberá tener altas probabilidades de obtener conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad del menor o el incapaz, que sean de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos.
- Cuando el riesgo sea mayor al mínimo: La investigación deberá ofrecer grandes probabilidades de entender, prevenir o aliviar un problema grave que afecte la salud y el bienestar de la niñez o de los incapaces, y el titular de la institución de atención a la salud establecerá una supervisión estricta para determinar si aumenta la magnitud de los riesgos previstos o surgen otros y suspenderá la investigación en el momento en que el riesgo pudiera afectar el bienestar biológico, psicológico o social del menor o del incapaz.

⁴³ Ley general de salud. (----). "Investigación para la salud".

Investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos.⁴⁴

ARTÍCULO 44.- Las investigaciones que se realicen en mujeres embarazadas deberán estar precedidas de estudios realizados en mujeres no embarazadas que demuestren su seguridad, a excepción de estudios específicos que requieran de dicha condición.

ARTÍCULO 45.- Las investigaciones en mujeres embarazadas, cuyo objetivo sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, no deberán representar un riesgo mayor.

⁴⁴ Ley general de salud. (----). "Investigación para la salud".

VI. RESULTADOS, TABULARES Y GRÁFICOS

Los resultados se presentan en cuadros simples y gráficos, utilizando para ello el programa SPSS versión 15 y Excel 2007. A continuación se describen:

CUADRO No. 1

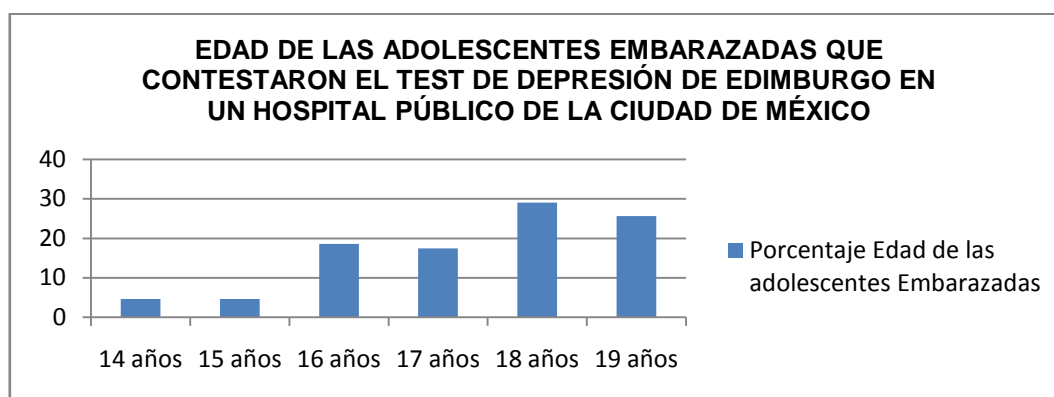
EDAD

2012

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
14	4	4.65
15	4	4.65
16	16	18.6
17	15	17.44
18	25	29.06
19	22	25.6
Total	n= 86	100

Fuente: Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgo (*J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky-1987*), utilizada para la investigación "Manifestaciones Emocionales de Depresión en Adolescentes Embarazadas Atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México, una Aplicación del Test de Edimburgo".

GRÁFICO No. 1



Fuente: Misma del Cuadro No. 1

En este gráfico se observa que el 27.9% de las adolescentes que respondieron al test de depresión tienen edades de 14, 15 y 16 años y que el 72.1 % se encuentran entre los 17-19 años.

CUADRO No. 2

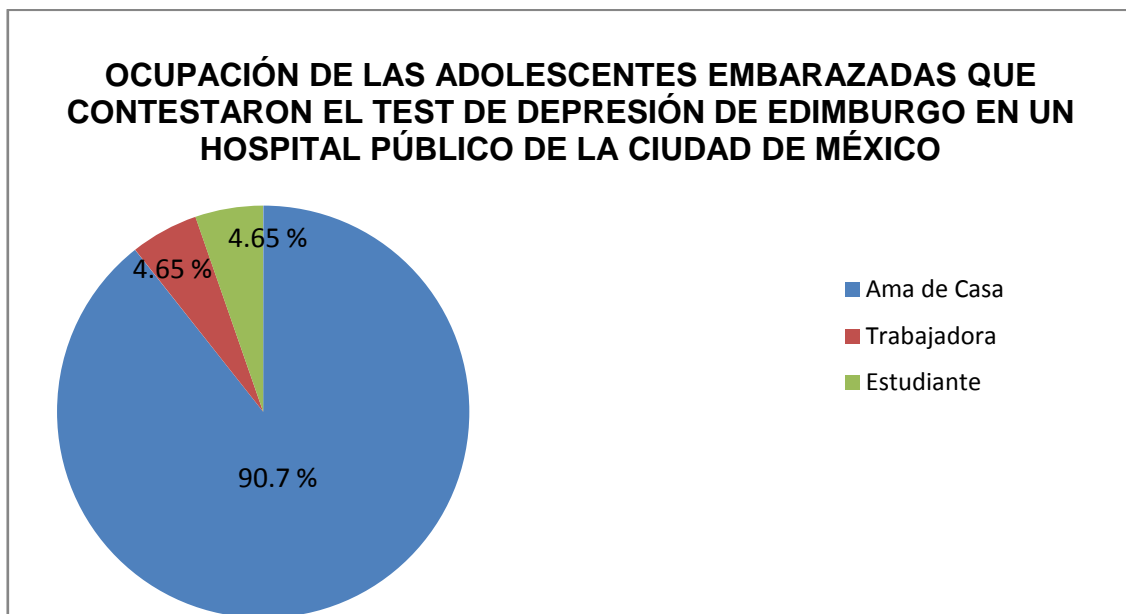
OCUPACIÓN

2012

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje %
Ama de casa	78	90.7
Trabajadora	4	4.65
Estudiante	4	4.65
Total	n= 86	100

Fuente: Misma Cuadro No.1

GRÁFICO No. 2



Fuente: Cuadro No. 2

En este gráfico se puede observar que el 90.7 % de las adolescentes embarazadas se dedican al hogar y solo el 4.65 % del total continúa estudiando.

CUADRO No. 3

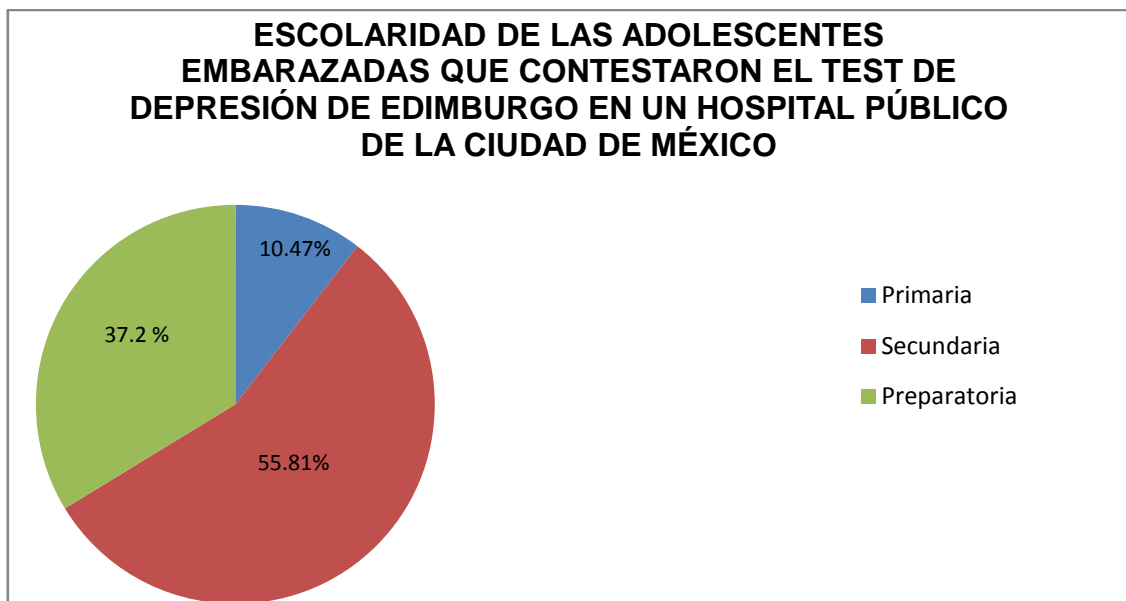
ESCOLARIDAD

2012

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje %
Primaria	9	10.47
Secundaria	48	55.81
Preparatoria	29	33.72
Total	n= 86	100

Fuente: Misma Cuadro No1

GRÁFICO No. 3



Fuente: Cuadro No. 3

En cuanto a la escolaridad el porcentaje de las mujeres adolescentes embarazadas que cursaron la secundaria es del 55.81 %, mientras que el 10.47 % únicamente tienen estudios de primaria.

CUADRO No. 4

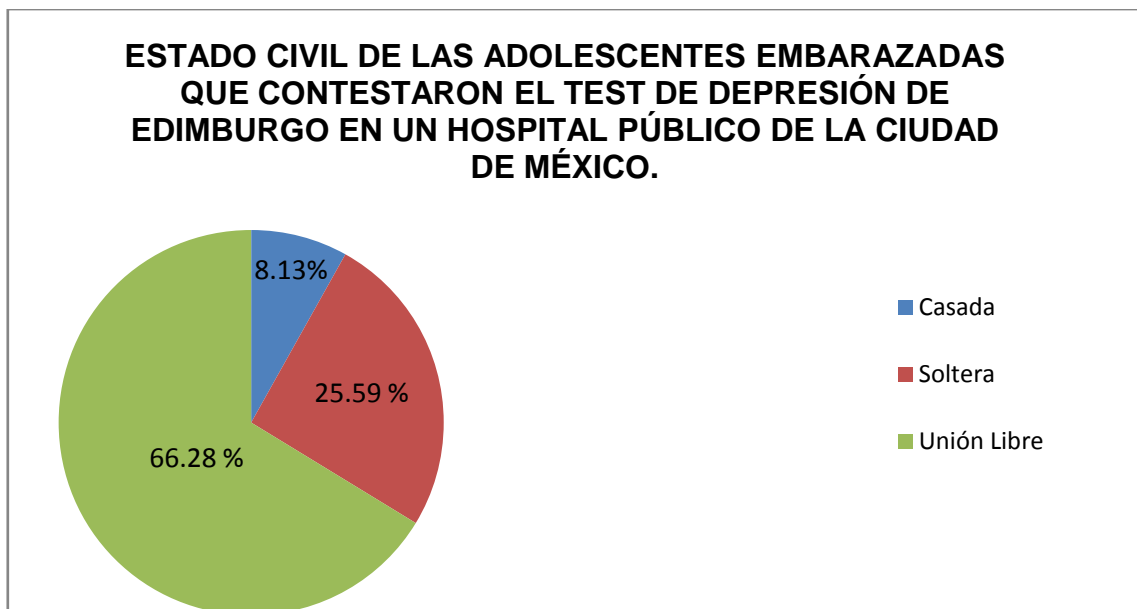
ESTADO CIVIL

2012

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje %
Casada	7	8.13
Soltera	22	25.59
Unión Libre	57	66.28
Total	n= 86	100

Fuente: Misma Cuadro No.1

GRÁFICO No. 4



Fuente: Cuadro No. 4

El 66.28 % de las adolescentes embarazadas viven con su pareja en unión libre, el 25.59 % son solteras y tan solo el 8.13 % se encuentran casadas.

CUADRO No. 5

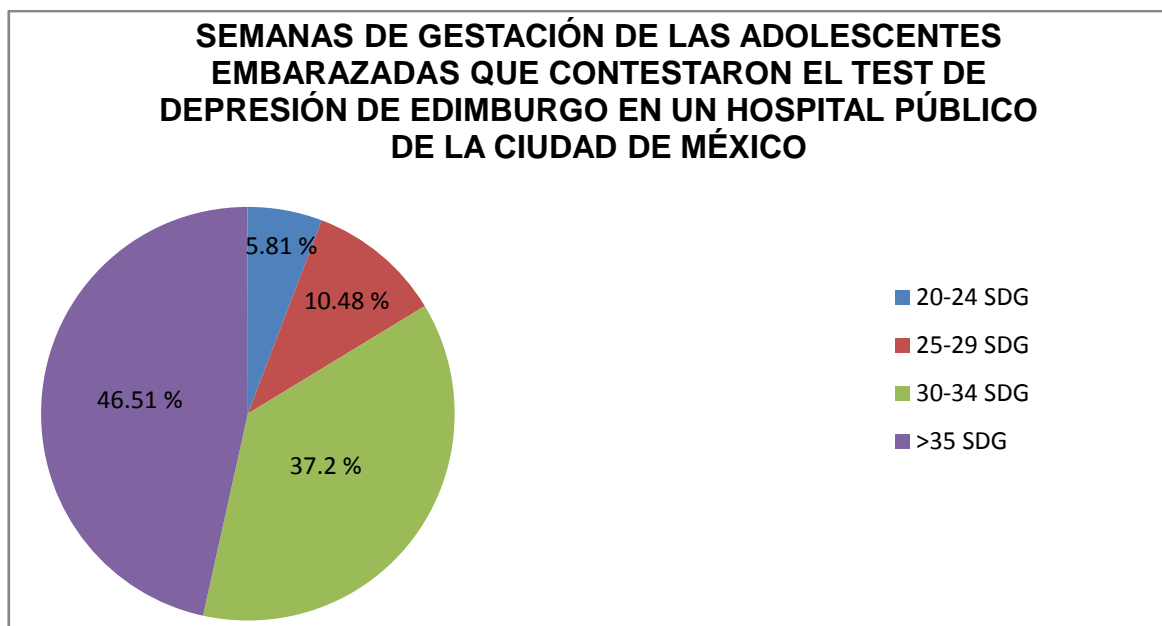
SEMANAS DE GESTACIÓN

2012

Semanas de Gestación	Frecuencia	Porcentaje %
20-24	5	5.81
25-29	9	10.48
30-34	32	37.2
35-40	40	46.51
Total	n= 86	100

Fuente: Misma Cuadro No.1

GRÁFICO No. 5



Fuente: Cuadro No. 5

A la aplicación del test el 46.51 % de las adolescentes embarazadas cursaban con más de 35 Semanas de Gestación y el 5.81 % se encontraban en las semanas de la 20-24.

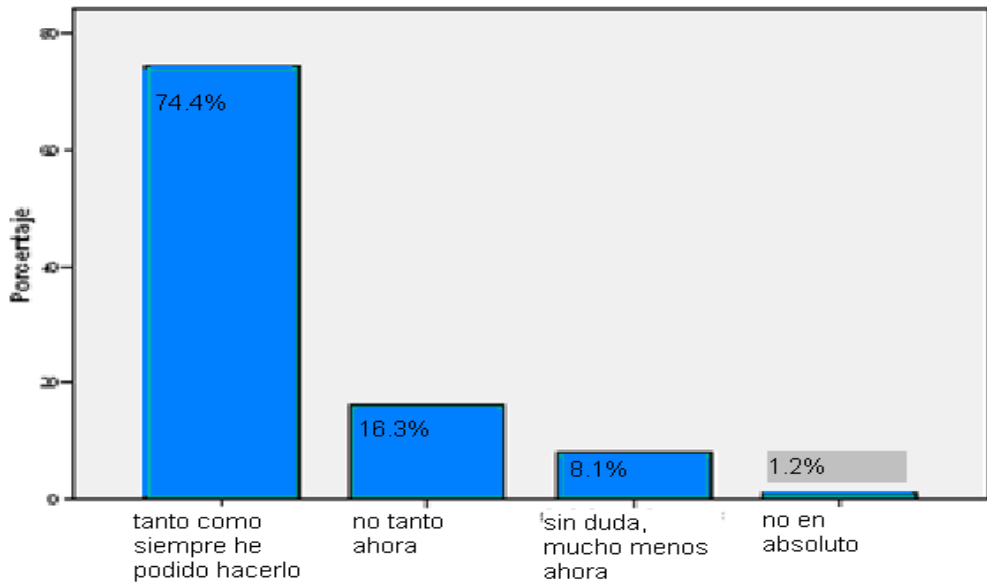
CUADRO No. 6

MANIFESTACIÓN DE RISA O EXPRESIÓN DE RISA

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos tanto como siempre he podido hacerlo	64	74.4
no tanto ahora	14	16.3
sin duda, mucho menos ahora	7	8.1
no en absoluto	1	1.2
Total	n= 86	100.0

Fuente: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICO No.6



Fuente: Cuadro No. 6

En la pregunta ¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas? El 74.4% respondió que tanto como siempre he podido hacerlo mientras el 1.2% respondió no en absoluto.

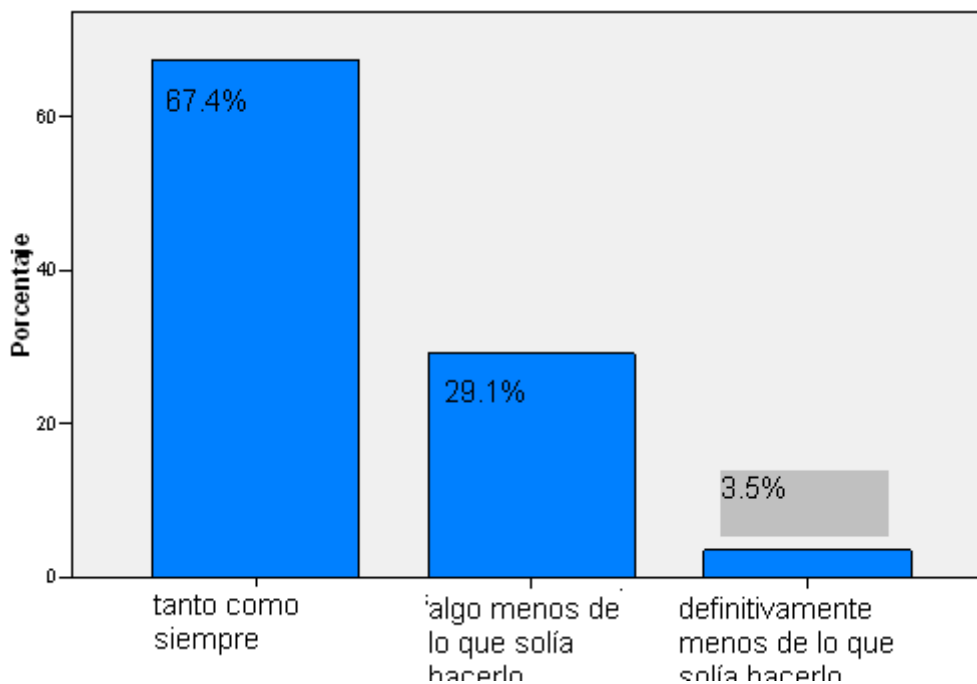
CUADRO NO. 7

MANIFESTACIÓN DE PLACER

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos tanto como siempre	58	67.4
algo menos de lo que solía hacerlo	25	29.1
definitivamente menos de lo que solía hacerlo	3	3.5
Total	n= 86	100.0

Fuente: Mismo Cuadro No. 1

GRÁFICO No.7



Fuente: Cuadro No. 7

En la pregunta ¿He mirado el futuro con placer? El 67.4% respondió que tanto como siempre mientras el 3.5% definitivamente menos de lo que solía hacerlo.

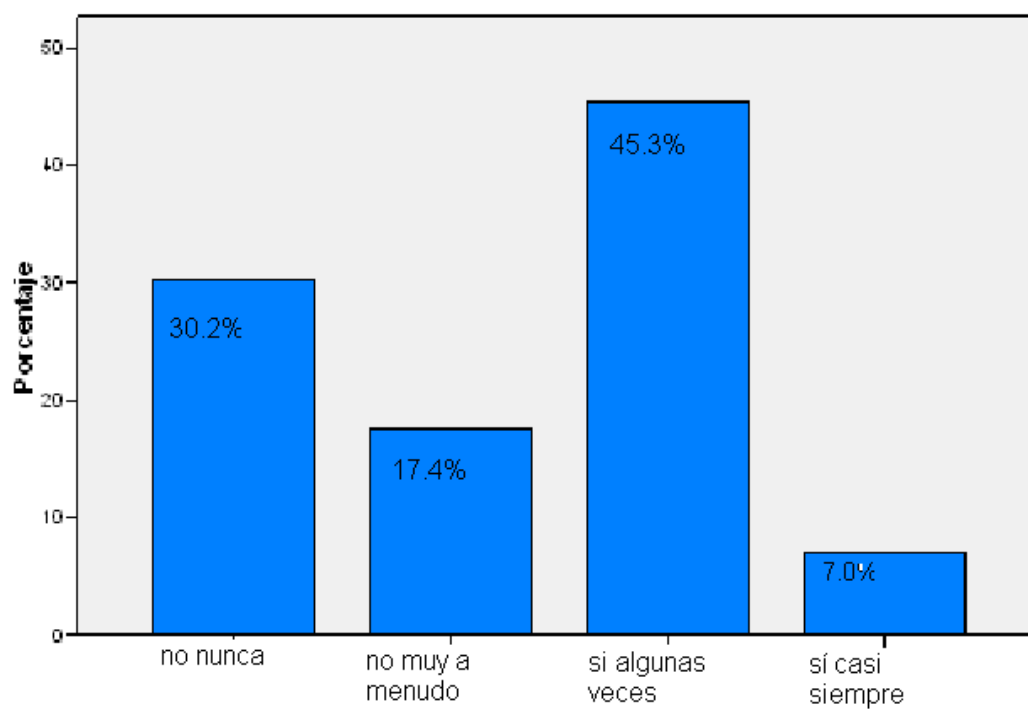
CUADRO No. 8

MANIFESTACIÓN DE CULPA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	no nunca	26	30.2
	no muy a menudo	15	17.4
	si algunas veces	39	45.3
	si, casi siempre	6	7.0
	Total	n= 86	100.0

Fuente: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICO No. 8



Fuente: Cuadro No. 8

En la pregunta ¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien? El 45.3% respondió: si algunas veces mientras el 7 % sí, casi siempre.

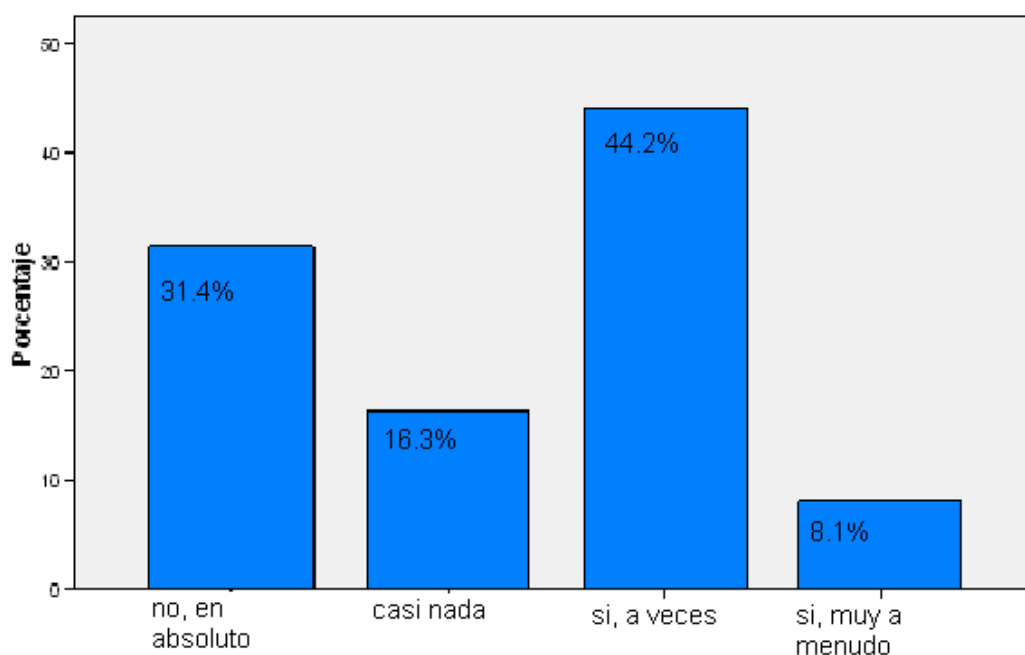
CUADRO No. 9

MANIFESTACIÓN DE ANSIEDAD

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
no, en absoluto	27	31.4
casi nada	14	16.3
si, a veces	38	44.2
si, muy a menudo	7	8.1
Total	n= 86	100.0

Fuente: Misma Cuadro No.1

GRÁFICO No. 9



Fuente: Cuadro No. 9

En la pregunta ¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo? El 44.2% de las adolescentes embarazadas respondió si, a veces mientras el 8.1% contestó sí, muy a menudo.

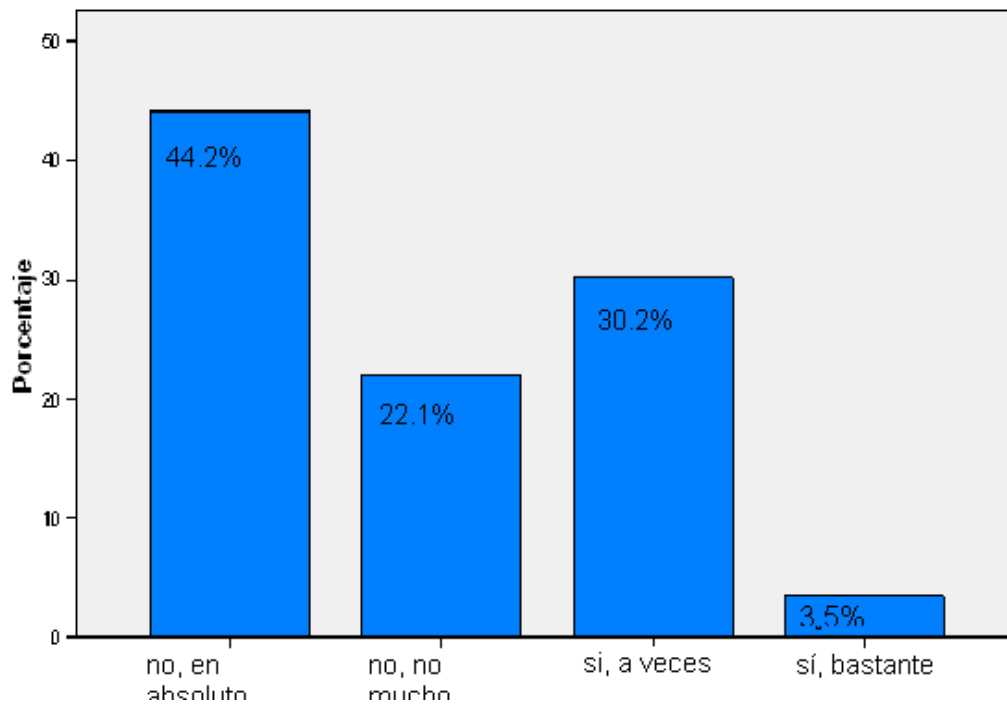
CUADRO No. 10

MANIFESTACIÓN DE MIEDO O PÁNICO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	no, en absoluto	38	44.2
	no, no mucho	19	22.1
	sí, a veces	26	30.2
	sí, bastante	3	3.5
	Total	n= 86	100.0

Fuente: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICO No. 10



Fuente: Cuadro No. 10

Las adolescentes manifestaron tener miedo y pánico siendo importante recalcar que el 44.2% respondió no, en absoluto mientras el 3,5% respondieron sí, bastante.

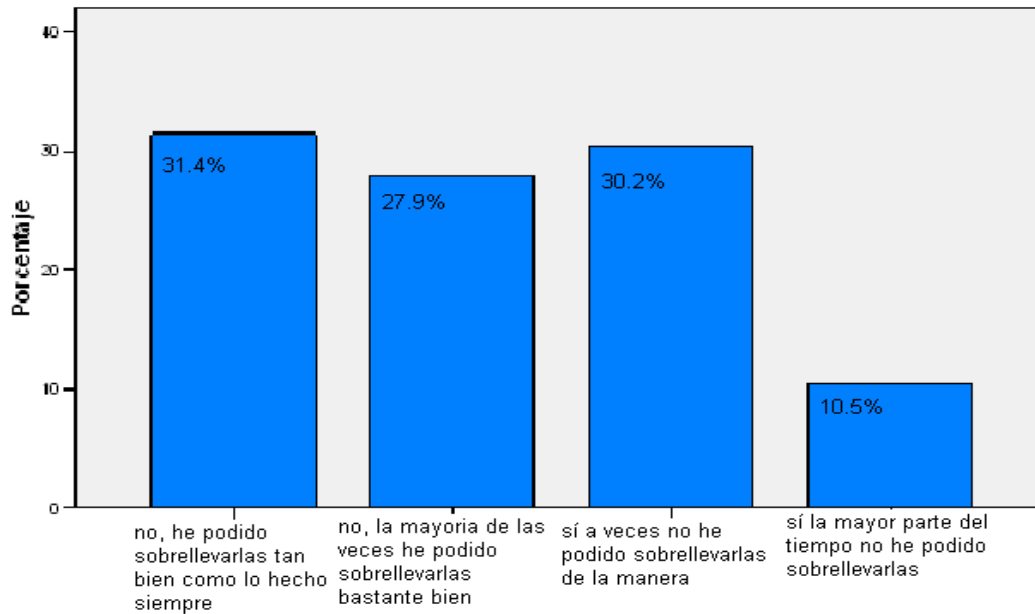
CUADRO No. 11

MANIFESTACIÓN DE OPRESIÓN O AGOBIO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	no, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre	27	31.4
	no, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien	24	27.9
	sí a veces no he podido sobrellevarlas de la manera	26	30.2
	sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas	9	10.5
	Total	$n=86$	100.0

Fuente: Misma Cuadro No.1

GRÁFICO No. 11



Fuente: Cuadro No. 11

En la pregunta ¿Las cosas me oprimen o agobian? El 31.4% respondió no, he podido sobrellevarlas tan bien como lo he hecho siempre, mientras el 10.5% sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas.

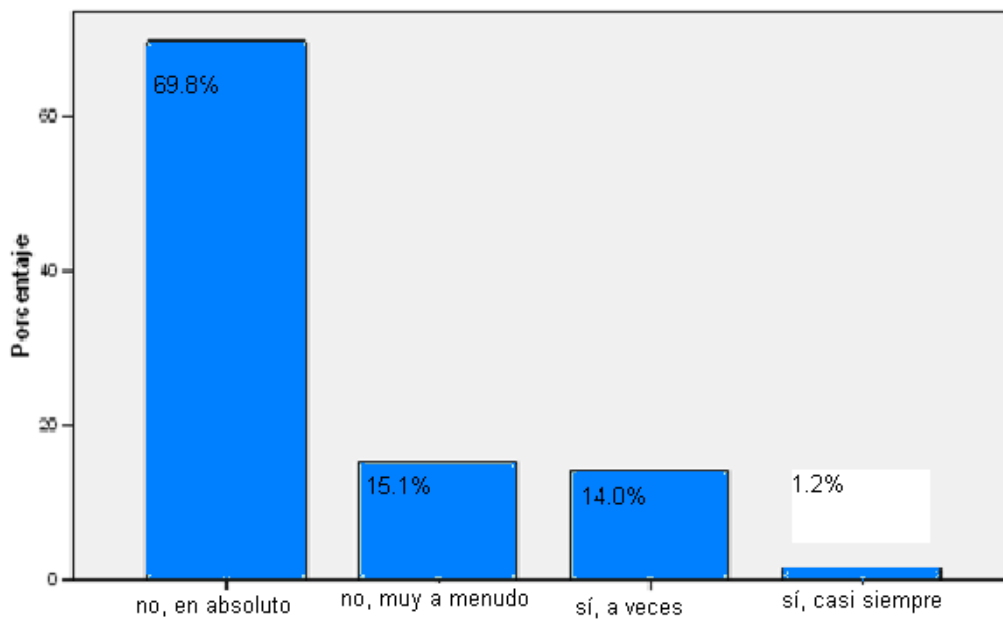
CUADRO No. 12

MANIFESTACIÓN DE INFELICIDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	no, en absoluto	60	69.8
	no muy a menudo	13	15.1
	sí, a veces	12	14.0
	sí, casi siempre	1	1.2
	Total	n= 86	100.0

Fuente: Mismo Cuadro No.1

GRÁFICO No. 12



Fuente: Cuadro No. 12

En la pregunta ¿Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir? El 69.8% respondió no, en absoluto, el 1.2% sí, casi siempre.

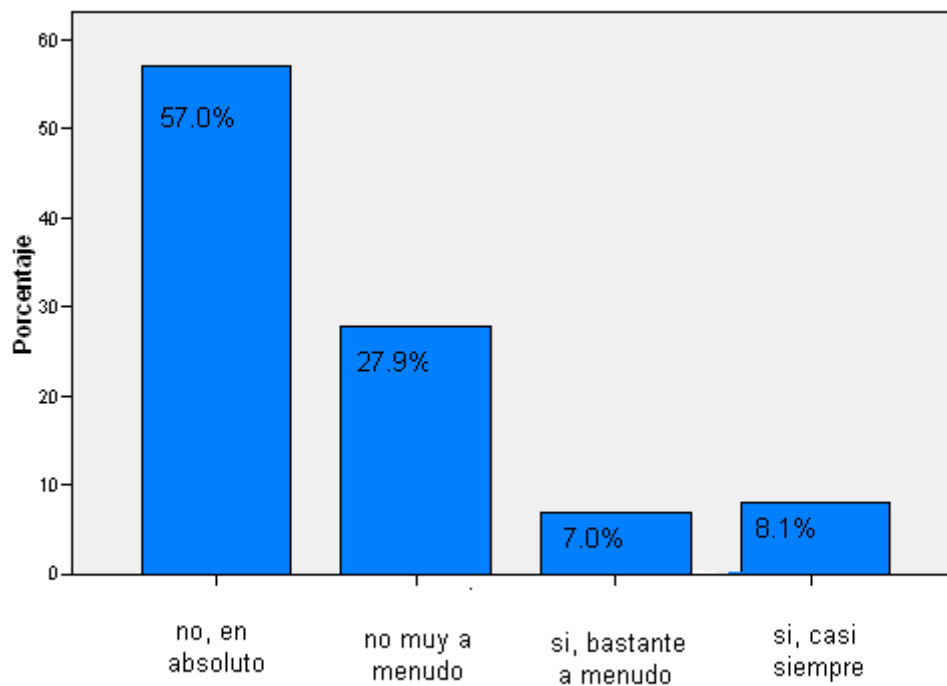
CUADRO No. 13

MANIFESTACIÓN DE TRISTEZA Y DESGRACIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	no, en absoluto	49	57.0
	no muy a menudo	24	27.9
	sí, bastante a menudo	6	7.0
	sí, casi siempre	7	8.1
	Total	n= 86	100.0

Fuente: Misma Cuadro No. 1

GRÁFICO No. 13



Fuente: Cuadro No. 13

En la pregunta ¿Me he sentido triste y desgraciada? el 57 % respondió no, en absoluto, el 7 % sí, bastante a menudo.

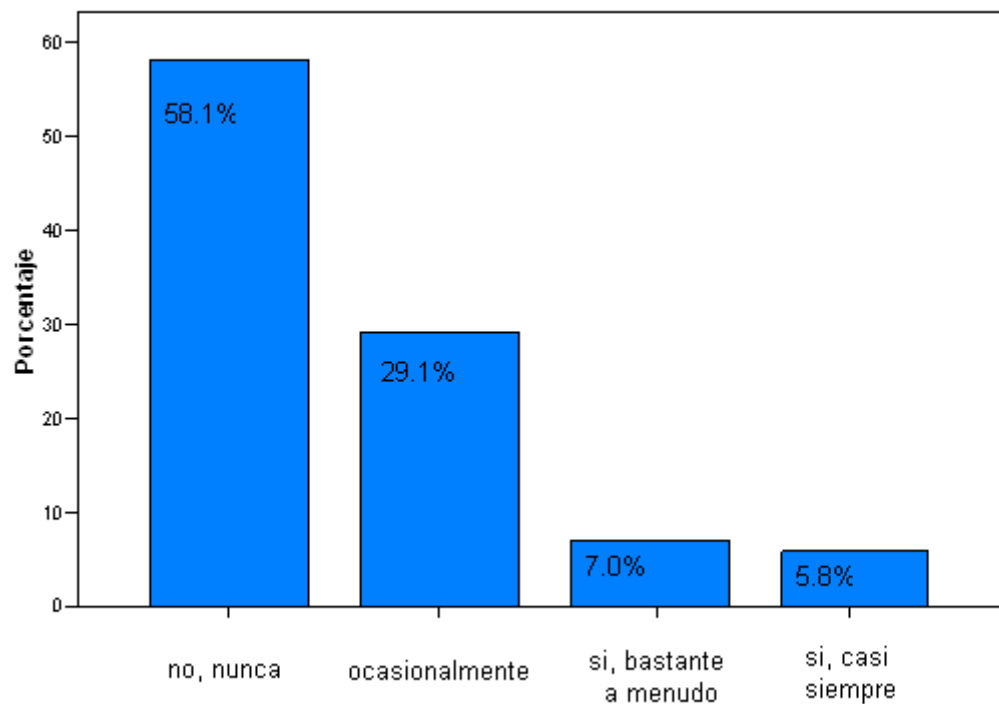
CUADRO No. 14

MANIFESTACIÓN DE LLANTO

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no, nunca	50	58.1
ocasionalmente	25	29.1
sí, bastante a menudo	6	7.0
sí, casi siempre	5	5.8
Total	n= 86	100.0

Fuente: Misma Cuadro No.1

GRÁFICO No. 14



Fuente: Cuadro No. 14

En la pregunta ¿He sido tan infeliz que he estado llorando? El 58.1% respondió no, nunca, el 5.8% sí, casi siempre

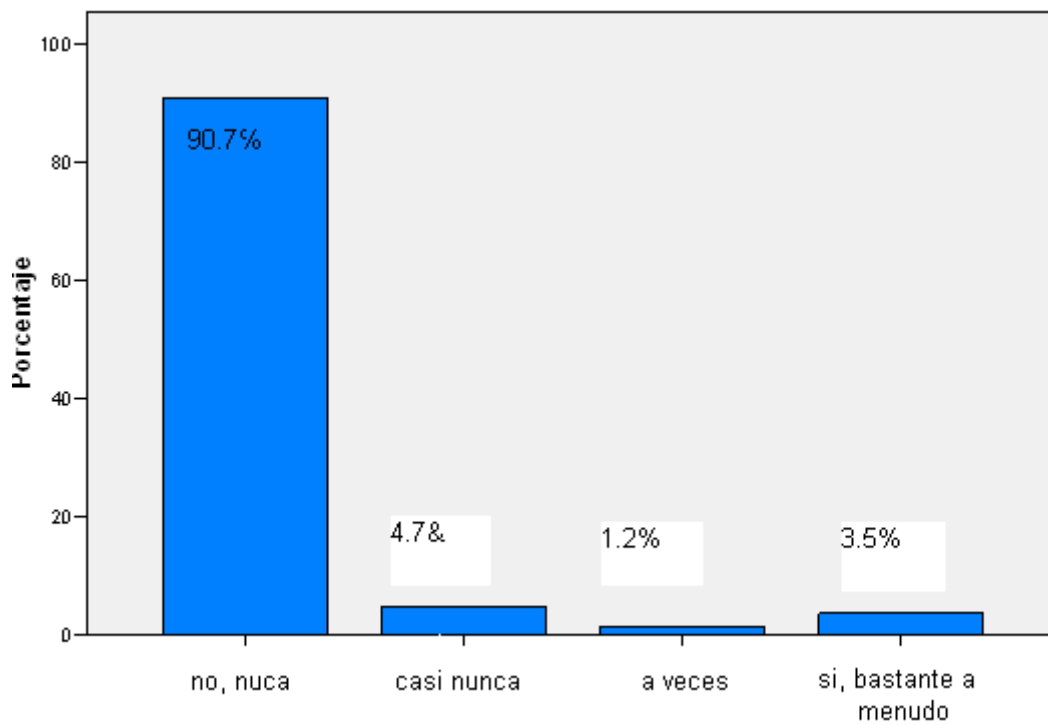
CUADRO NO. 15

MANIFESTACIÓN DE AUTO-DAÑO

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no, nunca	78	90.7
casi nunca	4	4.7
a veces	1	1.2
sí, bastante a menudo	3	3.5
Total	n=86	100.0

Fuente: Misma Cuadro No. 1

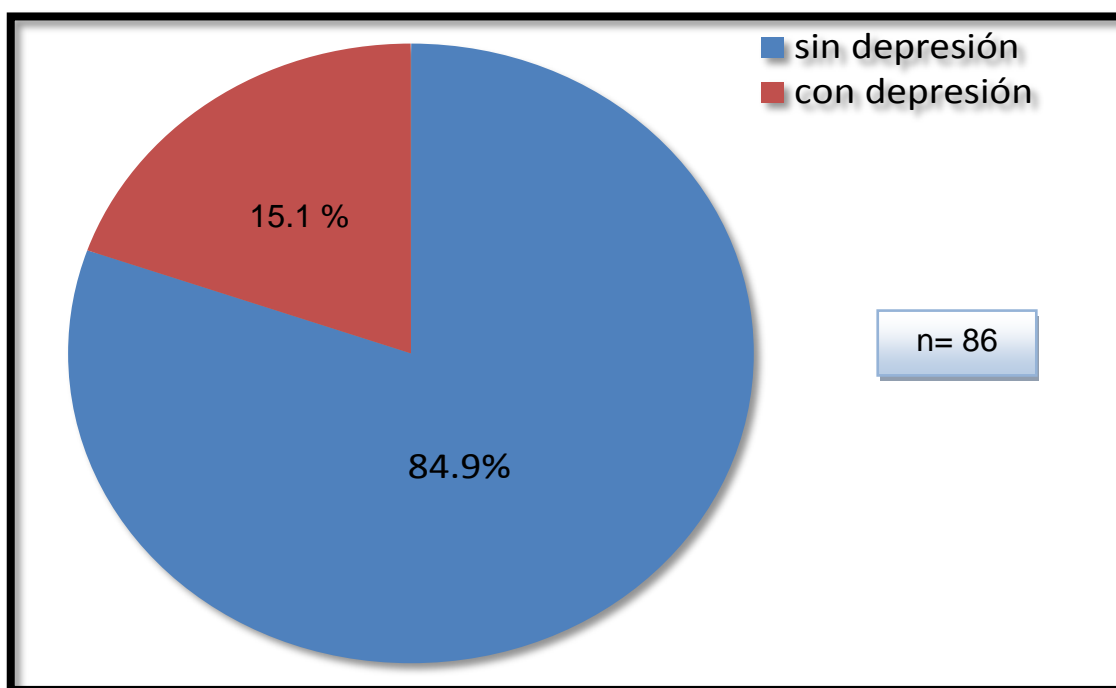
GRÁFICO No. 15



Fuente: Cuadro No. 15

En la pregunta ¿He pensado en hacerme daño? El 90.7% respondió no, nunca, el 1.2% a veces.

**PORCENTAJE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PROBABLE
DEPRESIÓN DETECTADAS MEDIANTE EL TEST DE EDIMBURGO EN EL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE IZTAPALAPA**



Fuente: Misma Cuadro No. 1

Al realizar la evaluación del test de Edimburgo se obtiene que el 15.1 % de las adolescentes embarazadas presentan manifestaciones emocionales de probable depresión.

VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la variable edad se observó que el 72% de las adolescentes embarazadas tuvo edades de 17, 18 y 19 años; y el 27.6% refirieron edades de 14, 15 y 16 años. Según la OMS (2005) la edad promedio del embarazo en adolescentes es de 17 años por lo que los datos de esta población corresponden con las estadísticas mundiales. No obstante, ese 27.6% de embarazos en menores de 17 años rebasa lo esperado y amerita un análisis detallado.

Según la ocupación el 90.70 % de las adolescentes embarazadas se dedican al hogar y solo el 4.65 % del total continúa estudiando lo que coincide con estadísticas sociodemográficas de la Secretaria de Salud en el 2010, donde refiere que en el 2008 un porcentaje elevado de mujeres adolescentes no estudian; por lo que podemos decir que el embarazo influye en el abandono de los estudios.

Respecto a la escolaridad 48 (55.81 %) tienen estudios de secundaria, 29 (37.2 %) tienen preparatoria trunca y solo 9 (10.47 %) de ellas concluyeron la primaria, observando que un porcentaje significativo cuenta únicamente con estudios de primaria, por lo que se infiere que la baja educación escolar hace más vulnerables a las adolescentes para enfrentar situaciones como el embarazo y aumenta la probabilidad de padecer depresión.

En lo referente al estado civil la presente investigación arroja datos que muestran que el 74.41 % de las adolescentes embarazadas viven con su pareja, y el 25.59% son solteras lo que coincide con la información proporcionada con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006. Es importante resaltar que las madres solteras se encuentran más vulnerables a diferencia de las que tienen una relación formal o cuentan con vínculos afectivos.

Por lo que respecta a la edad gestacional el 83.71% de las adolescentes embarazadas se encuentran en el tercer trimestre del embarazo y solo el 5.81 % llegan antes de la semana 24 del embarazo detectando que las adolescentes embarazadas asisten a su control prenatal hasta las últimas semanas del embarazo, llevándolas a posibles complicaciones no detectadas a tiempo.

En cuanto a las manifestaciones emocionales positivas se obtuvieron los siguientes resultados:

El 74.4% han podido reír tanto como siempre mientras que el 25.6% expresaron una respuesta negativa, en lo referente a la manifestación de placer el 67.4% mencionaron que siempre han tenido placer, mientras el 32.6% dicen no encontrar placer en su vida, resaltando las que mostraron una respuesta negativa que denotan datos importantes para futuras investigaciones.

En lo que respecta a las manifestaciones emocionales negativas se obtuvieron los siguientes resultados:

Donde el 47.6% no manifiestan sentir culpa sin motivo alguno mientras el 52.3% alguna vez o casi siempre se han sentido culpables sin razón aparente.

En cuanto al Miedo o Pánico el 44.2% no han referido esta emoción resaltando que el 55.8 % han tenido esta sensación sin motivo alguno.

El 59.3% dicen sobrellevar la Opresión o Agobio; mientras que el 40.7% no han podido.

El 69.8% no sienten Infelicidad en lo absoluto en contraste con el 30.3% que si han sentido infelicidad. El 57% respondieron no sentirse tristes y desgraciadas mientras el 43 % manifestaron lo contrario.

El 58.1% refirieron no haber llorado durante los últimos siete días más por el otro lado un porcentaje significativo (41.9%) refirió haber llorado.

Al hacer la evaluación total de las entrevistas se obtuvo que el 15.1 % de las adolescentes tienen una probable depresión, este resultado coincide con (Ceballos, 2010). Reportando que del 10% al 25% de las adolescentes embarazadas presentan cuadros depresivos. Cabe destacar que se identificó que el 44.2% de las mujeres embarazadas se encontraron ansiosas; lo cual coincide con la depresión. Por otra parte es significativo precisar que el 90.7% no ha pensado en auto-dañarse, ya que entre los desenlaces de la depresión esta el suicidio.

VIII. CONCLUSION Y PROPUESTAS DE ENFERMERÍA

En la presente investigación se observaron las manifestaciones emocionales de la depresión presentes en las adolescentes embarazadas donde en algunas se presentaron en mayor medida y otras en un menor grado, pero es de apuntar que cada una de las adolescentes entrevistadas no descartaron en absoluto una emoción negativa durante o en cuanto a su embarazo, haciendo notar que es de suma importancia el acompañamiento emocional de cada una de ellas o en otras palabras tener redes de apoyo para una mejor evolución emocional durante el embarazo ya sea de sus entorno social, familiar o de la propia pareja sentimental.

Si bien la presente investigación arrojó datos de adolescentes embarazadas con trastorno de depresión es importante también mencionar que solo el test de Edimburgo nos muestra la sintomatología emocional, sin diagnosticar la parte clínica, así que es de importancia evidenciar que se debe de seguir los casos identificados para hacer un diagnóstico claro y preciso y así resolver con tratamientos específicos e individuales.

Por otro lado es evidente que las adolescentes embarazadas dejan a un lado sus sueños y aspiraciones al encontrarse en el mencionado estado fisiológico, repercutiendo en su estado anímico en el futuro y posiblemente arrastrando problemas como la depresión mayor o en su caso una distimia sin que ella o sus seres allegados logren identificar y en casos más extremos llegar a un acto de autolisis.

No cabe duda que hay que seguir poniendo atención en la salud de las adolescentes embarazadas ya que como lo muestran los datos recabados, el grupo de edad de 10 a 19 años será el grupo más numeroso (entre el año 2000 a 2020) notándose la importancia de seguir trabajando en su salud sentando bases sólidas para que en los actuales adolescentes y futuros adultos estén conscientes de la importancia de realizar políticas públicas que pugnen por el fortalecimiento de la salud mental en el grupo ya citado y por consecuencia probablemente las tasas de embarazos en adolescentes disminuirá, haciendo más fácil la transición de adolescente a adulto que involucra una serie de acontecimientos fisiológicos, sociales y psicológicos y sin dejar a un lado a los factores culturales.

Por tanto los objetivos de la presente investigación fueron cumplidos en un 100% ya que logramos identificar las manifestaciones emocionales de depresión en nuestra muestra de adolescentes embarazadas mediante la escala de Edimburgo, así como el porcentaje de probable depresión, recordando que se debe de confirmar mediante un juicio clínico y pruebas médicas pertinentes y por último logramos tener conocimiento de las características sociodemográficas de nuestro grupo de estudio.

PROPUESTAS DE ENFERMERÍA

- Incluir en el control prenatal un test de depresión para poder evaluar manifestaciones emocionales de depresión durante el embarazo.
- Ofrecer un programa con enfoque preventivo para detección temprana de sintomatología depresiva que sea de fácil acceso a la información, a través de folletos, trípticos y consejería por parte de profesionales de enfermería con permanencia continua.
- Formar grupos de autoayuda para aquellas adolescentes que presenten depresión perinatal con el fin de procurar que tengan un embarazo y un puerperio libre de riesgos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

^{1,2,3}Jadresic M.E. Depresión en el Embarazo y el Puerperio. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (4): 269-278 Santiago Dic. 2010. *versión on-line* ISSN 0717-9227

⁴Bonilla-Sepúlveda Óscar Alejandro. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 3 • 2010, pp. 207-213

⁵Martínez, LP; Waysel, KR, Depresión en Adolescentes Embarazadas. Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 14, Núm. 2, julio-diciembre, 2009. Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=292112004>

⁶Bonilla-S.O.A, Depresión y Factores Asociados en Mujeres Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas en Medellín (Colombia). Estudio de Corte Transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 3 •2009

⁷Garber J. Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. Am J Prev Med. 2006;31(6 Suppl 1):104-25

⁸Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Psicothema. 1999;11(4):939-56

⁹Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2005;35(1):6-24.

¹⁰Haavisto A, Sourander A, Multimaki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, et al. Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. J Affect Disord. 2004;83(2-3):143-54.

¹¹Paula León, Matías Minassian, Rafael Borgoño. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Electrónica. [En línea] 2008, Vol. 5, N° 1.pp. 42

¹²Instituto Nacional de Salud Mental. 2009

¹³Ramírez, Fernando (2010). Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados, Revista Peruana de Epidemiología, vol.14, núm.1, abril, pp: 66
Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=203119805009>

^{14,15}Instituto Nacional de la Salud Mental, (NIMH por sus siglas) (2009) Depresión, extraído el 4 mayo del 2012 desde: <http://www.nlm.nih.gov/>

¹⁶Luján D S (2009). Depresión en el embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Volumen 88 - N° 982.Diciembre. Desde: slujan@intramed.net.

¹⁷Otero Cuesta S (2004). Depresión y suicidio en niños y adolescentes, *Pediatría Integral*; VIII (8):636

¹⁸Chávez Courtois Mayra (2008). Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. *Perspectivas en psicología*, año/vol., numero 001. Universidad Santo Tomas.

¹⁹Juan J. López-Ibor Aliño. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, 4ª edición, editorial MASSON. Barcelona, 1995. Pp. 323-400.

²⁰Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del *British Journal of Psychiatry*, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Segovsky

²¹Escala de Edinburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 58 No. 4 • 2007 • (277-283)

²²José Gabriel Espíndola. Perinatología y Reproducción Humana. Calibración del Punto de Corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, en *Pacientes Obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología*; Vol. 18(3):2004179-186 versión impresa ISSN 0187-5337

²³http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm

²⁴Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de la población adolescente, México 2010.

^{25,26}Martínez LP; Romano WK (2009), Depresión en Adolescentes Embarazadas *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. 14, Núm. 2, julio-diciembre, pp. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29211992004>

²⁷Martínez LP; Romano WK (2009), Depresión en Adolescentes Embarazadas *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. 14, Núm. 2, julio-diciembre, pp. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29211992004>

²⁸Bonilla-Sepúlveda Óscar Alejandro. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 61 No. 3 • 2010, pp. 207-213.

²⁹Hoja Informativa. Embarazo Adolescente. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.RosarioTaracena. Actualización César Vicente, Noviembre del 2003. <http://www.gire.org.mx/publica2/embarazoact03.pdf>

^{30,31}Salazar CB, Álvarez FE, Maestre SLC, León DD, Pérez GO. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente.[artículoenlínea].*MEDISAN*2006;10(3).<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm> [consulta: 12/04/12].

³²Galicia Moyeda, Iris Xóchitl; Sánchez Velasco, Alejandra; Robles Ojeda, Francisco Javier. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. Anales de Psicología.

^{33,34}Reyes Nidia Rosibel. Factores que Predisponen la Ocurrencia de Embarazos en Adolescentes. Colonia Flor del Campo. Comayagua. Honduras. Año 2005.

³⁵Galicia Moyeda, Iris Xóchitl; Sánchez Velasco, Alejandra; Robles Ojeda, Francisco Javier. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. Anales de Psicología.

³⁶García Méndez Mirna. Boletín UNAM-DGCS-12, El Embarazo Adolescente, un Problema de Salud Pública y de Gran Impacto Social. 12:30 hrs. 25 de Febrero de 2008.

³⁷Angélica María Armendáriz Ortega y Bertha Yolanda Medel Pérez. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. Julio-Septiembre 2010. pág. 20.

³⁸Paula León, Matías Minassian, Rafael Borgoño. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. [En línea] 2008, Vol 5, N° 1.pp. 46.

³⁹Bonilla-Sepúlveda Óscar Alejandro. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 3 • 2010, pp. 207-213.

⁴⁰Paula León, Matías Minassian, Rafael Borgoño. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. [En línea] 2008, Vol. 5, N° 1.pp. 42

⁴¹Colegio Internacional de Enfermeras.1999. Código de ética en enfermería.

⁴²<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

⁴³Ley general de salud. (----). "Investigación para la salud".

⁴⁴Ley general de salud. (----). "Investigación para la salud".

⁴⁵Ley general de salud. (----). "Investigación para la salud".

X. ANEXOS

10.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 1)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



MANIFESTACIONES EMOCIONALES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, UNA APLICACIÓN DEL TEST DE EDIMBURGO

Carta de Consentimiento Informado

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste un profesional de la salud que pertenece a un equipo de investigación y que llevan a cabo el estudio: *"La consejería en la salud materna de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos, en el Hospital Materno Infantil Ingurán"*, por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, el Hospital Materno-Infantil Ingurán e Ipas México; cuyo fin es considerar que tan efectiva es una intervención referente a consejería en salud materna por enfermería, para controlar factores de riesgo en adolescentes embarazadas que asisten a su vigilancia prenatal en este Hospital. Los resultados de este estudio contribuirán a la disminución de complicaciones en el embarazo, parto, del recién nacido y después del parto en mujeres adolescentes.

Entiendo que seré entrevistada en un cubículo de la Consulta Externa del Hospital en el horario de 7 a 8 AM., me harán preguntas acerca de mi salud, enfermedades que tuviera así como de mi embarazo actual. También entiendo que en la entrevista puede estar la persona que me acompañe o no y que fui elegida junto con aproximadamente 100 adolescentes embarazadas.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir terminarla en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que si participo o si no lo hago, no se verán afectados los servicios que pueda requerir del Hospital.

Entiendo que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito y que el Maestro Hugo Tapia Martínez, responsable de la investigación, es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio; él puede ser localizado en el teléfono 55 30 81 02 92.

Agradecemos de antemano tu participación y tiempo dedicado para el llenado de la encuesta.

Firma de la entrevistada

Firma del entrevistador

Fecha: _____

10.2 ESCALA DE DEPRESIÓN EDIMBURGO (ANEXO 2)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



MANIFESTACIONES EMOCIONALES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, UNA APLICACIÓN DEL TEST DE EDIMBURGO

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

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

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

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

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

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

10.3 ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDINBURGH (ANEXO 3)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



MANIFESTACIONES EMOCIONALES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, UNA APLICACIÓN DEL TEST DE EDIMBURGO

Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Fecha: _____ Nombre de la Clínica/Número: _____

Su Edad: _____ Semanas de Embarazo/Edad del Bebé: _____

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo cómo se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado.

Me he sentido feliz:
 Sí, todo el tiempo _____ 0
 Sí, la mayor parte del tiempo _____ 1 ✓
 No, no muy a menudo _____ 2
 No, en absoluto _____ 3

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

- | | |
|--|--|
| <p>1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
 Tanto como siempre he podido hacerlo _____ 0
 No tanto ahora _____ 1
 Sin duda, mucho menos ahora _____ 2
 No, en absoluto _____ 3</p> <p>2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:
 Tanto como siempre _____ 0
 Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1
 Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2
 Prácticamente nunca _____ 3</p> <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
 Sí, casi siempre _____ 3
 Sí, algunas veces _____ 2
 No muy a menudo _____ 1
 No, nunca _____ 0</p> <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:
 No, en absoluto _____ 0
 Casi nada _____ 1
 Sí, a veces _____ 2
 Sí, muy a menudo _____ 3</p> <p>5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
 Sí, bastante _____ 3
 Sí, a veces _____ 2
 No, no mucho _____ 1
 No, en absoluto _____ 0</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian:
 Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ 3
 Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera _____ 2
 No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien _____ 1
 No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre _____ 0</p> <p>7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
 Sí, casi siempre _____ 3
 Sí, a veces _____ 2
 No muy a menudo _____ 1
 No, en absoluto _____ 0</p> <p>8. Me he sentido triste y desgraciada:
 Sí, casi siempre _____ 3
 Sí, bastante a menudo _____ 2
 No muy a menudo _____ 1
 No, en absoluto _____ 0</p> <p>9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:
 Sí, casi siempre _____ 3
 Sí, bastante a menudo _____ 2
 Ocasionalmente _____ 1
 No, nunca _____ 0</p> <p>10. He pensado en hacerme daño:
 Sí, bastante a menudo _____ 3
 A veces _____ 2
 Casi nunca _____ 1
 No, nunca _____ 0</p> |
|--|--|

ESCRIBA EL TOTAL DE SU PUNTAJE AQUÍ: _____

Si su puntaje total es mayor de 12 quiere decir que usted se ha sentido deprimida durante las últimas semanas. Nos preocupamos por usted y le hablaremos durante su visita para determinar la mejor forma de ayudarlo a que comience a sentirse mejor.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del *British Journal of Psychiatry*, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Segovsky.

10.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



MANIFESTACIONES EMOCIONALES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, UNA APLICACIÓN DEL TEST DE EDIMBURGO

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Tema y Problema de investigación					
Descripción del problema					
Justificación y Objetivos					
Marco Teórico y Revisión de la literatura					
Material y Métodos					
Instrumento de medición y Recolección de datos					
Consideraciones Éticas					
Presentación de la información					
Análisis e Interpretación de resultados					
Conclusiones					