



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

**TESIS**

Ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al

Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, 2016

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

Ríos Castillo, Flor de Luna

**PIURA – PERÚ**

**2016**

## **DEDICATORIA**

A la memoria de mi madre Doria que desde allá me ilumina, a Nelson que en todo momento me brinda su apoyo, a mis hijos Nelsito, Christian y Nikolay por compartir la mesa de trabajo, a mis maestros que les ocupo la tarea de la formación académica, a la Universidad que cobijo los ciclos de estudio, hago a ellos partícipes de la alegría de haber cristalizado mi mayor anhelo.

**FLOR**

## **AGRADECIMIENTO**

Sobre todas las cosas a Dios, a mi familia por apoyarme en todo, a mis asesores, al Centro de Salud de Ayabaca por abrir sus puertas, al personal del establecimiento por compartir sus experiencias que me fortalecieron y así lograr las metas alcanzadas, a las gestantes adolescentes que siempre tuvieron la paciencia de llenar un cuestionario y expresar en el sus emociones, a todas ellas gracias.

**FLOR**

## RESUMEN

La presente investigación titulada: “Ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, 2016”, con la finalidad de Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca en el 2016.

Estudio que se trabajó con un tipo de investigación no experimental, con diseño descriptivo, la población estuvo conformado por 108 adolescentes gestantes, la selección de la muestra fue de 78 gestantes la selección fue intencional ya que se trabajó con las gestante que acuden al Centro de Salud durante el proceso de recolección de la información. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron la Escala de depresión ansiedad elaborados por Zung; las escalas fueron sometidas a prueba piloto y según los resultados son confiables para su aplicación en la muestra seleccionada. Los datos recolectados se han procesados estadísticamente en una base de datos de Excel, se utilizó el paquete estadístico, SPSS v. 20. El estudio concluye que el nivel de ansiedad de las adolescentes embarazada fue ansiedad marcada 60%, y ansiedad mínima 13%, el nivel de depresión fue de un nivel moderado 42% y ligeramente deprimido 31%, las adolescentes que presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión fueron las que tuvieron edades entre 17 y 18 años de edad y 15 y 16 años y las que presentaron niveles de ansiedad y depresión marcados fueron las que se encontraban en el II y III trimestre de embarazo.

Palabras Claves: Ansiedad, depresión, somático, físico, afectivo, psicológico y conductual

## ABSTRACT

This research entitled "Anxiety and depression in pregnant adolescents attending the Health Centre Reference Ayabaca, 2016", in order to determine the prevalence of anxiety and depression in pregnant adolescents attending the Health Centre Reference Ayabaca , 2016.

Study worked with a type of non-experimental research with descriptive design, the population consisted of 108 pregnant adolescents, the selection of the sample was 78 pregnant selection was intentional as it worked with the pregnant who come to the Center health during the process of gathering information. The instruments used for data collection were the anxiety depression scale developed by Zung; the scales were subjected to pilot and following results are reliable for use in the selected sample. The collected data were statistically processed in an Excel database, to quickly perform an analysis of the information obtained; the statistical package SPSS v was used twenty. The study concludes that the level of anxiety of pregnant adolescents was marked anxiety 60%, and anxiety minimum 13%, the level of depression was a moderate 42% and slightly depressed 31% level, adolescents who had higher levels of anxiety and depression were those who were aged between 17 and 18 years old and 15 and 16 and those that showed levels of anxiety and depression were marked which were in the third and second trimester of pregnancy.

Keywords: Anxiety, depression, somatic, physical, emotional, psychological and behavioral

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	2
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ABSTRAC</b> .....	5
<b>INDICE</b> .....	6
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	8
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	8
1.2 Delimitación de la investigación .....	11
1.2.1 Delimitación temporal: .....	11
1.2.2 Delimitación geográfica: .....	11
1.2.3 Delimitación social: .....	11
1.3 Formulación del problema .....	11
1.4 Objetivos de la investigación .....	11
1.5 Justificación de la investigación .....	13
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	15
2.1 Antecedentes de la investigación.....	15
2.2 Bases teóricas .....	19

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b> .....	39
3.1 Tipo de la investigación .....	39
3.2 Diseño de la investigación .....	40
3.3 Población y muestra de la investigación .....	40
3.4 Variables, dimensiones e indicadores .....	41
3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos .....	43
3.6 Procedimientos.....	44
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b> .....	45
4.1 Resultados. ....	45
4.2 Discusión .....	53
<b>Conclusiones</b> .....	59
<b>Recomendaciones</b> .....	60
<b>Referencias</b> .....	61
<b>Anexos:</b> .....	65
<b>1. Instrumentos</b> .....	65

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana, 2003). A su vez, el fenómeno de la adolescencia se define como el conjunto de características propias, experiencias, cambios y problemas comunes –como los anatómicos y fisiológicos en la pubertad–, así como la necesidad de lograr la propia identidad y una buena interacción social (Stassen, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1965) define adolescencia como el “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”, y fija sus límites entre los 10 y 20 años de edad.

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).



Al respecto, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia señala que: El 42% de las adolescentes en edades de 14 a 19 años, en todo el mundo, están embarazadas, el 33,95% ya son madres, dos de cada cinco de ellas, no habían salido de la primaria. Asimismo, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidad de morir en el embarazo que las mujeres mayores de 20 años, constituyendo esta situación un problema de salud pública. Lo anterior denota el grave problema que representa a escala mundial la depresión y embarazo y a temprana edad, debido a que cada día, aumentan la cantidad de niñas que dejan de vivir su etapa de adolescentes, para convertirse en madres y tener que afrontar todos los problemas de criar bebés, sin la preparación y maduración emocional necesaria; además, del riesgo que representa el proceso del embarazo por las implicaciones en la salud.

Los síntomas depresivos durante la gestación se reconocen por la forma de presentación y de la actitud de la embarazada. Es fácil observar reducción de la actividad, inexpresión en el rostro, desinterés en el arreglo personal y en el cuidado del hogar. La impotencia física, el insomnio, la anorexia y la bulimia, las molestias digestivas, la sensación de fatiga al menor esfuerzo y la irritabilidad también pueden estar presentes. La mujer siente y presenta tristeza, desinterés, desconfianza en el futuro, pensamientos pesimistas e ideas de culpabilidad y autorreproche. Estos síntomas se presentan de manera sindrómica, con grados variables de intensidad. (Llanos Herrera M. (2002).

En una reciente revisión de Cochrane se halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo de adolescentes del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre. (Dennis C-L, Ross Le, Grigoriadis S. 2008). Se ha estimado que el 5% de las mujeres embarazadas adolescentes en Estados Unidos de América (EUA) sufre de depresión mayor. Otro estudio epidemiológico realizado en el mismo país encontró una prevalencia de 10% de depresión mayor en mujeres durante la gestación. En América Latina, las cifras reportadas son aún mayores; en México, encontró que 21.7% de las mujeres embarazadas adolescentes de la muestra, podrían estar experimentando “un probable episodio depresivo”. (Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. 2001)

En el Perú, al estudiar la depresión en las embarazadas se encontró una prevalencia del 34,7% en el hospital Cayetano Heredia y del 40,1% en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). (12, 13) Juan Escobar (14) en el año 2008 en Perú, al estudiar la relación entre violencia basada en género y depresión post-parto en 100 mujeres atendidas en el hospital San Bartolomé encontró que el 72% ya se sentía deprimida durante el embarazo. (Luna Matos LM, Salinas J, Luna Figueroa A. 2009).

La realidad descrita no es ajena en el Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, donde se evidencia un número elevado de adolescentes embarazadas, las cuales no cuentan con una relación estable y que muchas veces presentan conductas de riesgo en su embarazo. En este sentido, debido

al período de vulnerabilidad característico de la adolescencia, resulta fácil comprender que las adolescentes que se embarazan necesitan de apoyo, comprensión y ayuda, ya que se encuentran más sensibles, vulnerables, inseguras y desvalorizadas que cualquier otra mujer adolescente.

## 1.2. Delimitación de la investigación

### 1.2.1. Delimitación temporal:

La investigación se realizará durante los meses de agosto – noviembre del año 2016 con una duración total de tres meses

### 1.2.2. Delimitación geográfica:

La investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud de Referencia de Ayabaca

### 1.2.3. Delimitación social:

La investigación se aplicará a las adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca.

## 1.3. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, 2016?

## 1.4. Objetivos de la investigación

### 1.4.1. Objetivo general:

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, 2016.

#### 1.4.2. Objetivos específicos:

Identificar la edad y el trimestre de embarazo que predomina en las adolescentes gestante que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca – 2016.

Identificar el nivel de ansiedad de las adolescentes gestante que acude al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca – 2016.

Identificar el nivel de depresión de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca – 2016.

Identificar el nivel de ansiedad de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, según edad.

Identificar el nivel de ansiedad de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, según trimestre de embarazo

Identificar el nivel de depresión de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, según edad

Identificar el nivel de depresión de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, según trimestre de embarazo

### 1.5. Justificación de la investigación

El grado de vulnerabilidad de un adolescente y una adolescente, depende de varios factores sumada a la susceptibilidad y fortaleza inducida por los cambios biopsicosociales propios de esta etapa, más los efectos del ambiente en el que se desenvuelve es decir la familia, la escuela, el lugar de trabajo recreación, la calle, la cultura y el contexto socioeconómicos y político del país.

El embarazo en la adolescencia, constituye un problema social económico y de salud pública de considerable magnitud sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de fecundidad son muy altas. Son incalculables las consecuencias reflejadas en los indicadores de salud reproductiva donde los de mayor daño bio-Sico-social es la alta morbilidad materna por causas de abortos criminales, aumento de maltrato infantil y de la niñez abandonada, mayor promiscuidad ,delincuencia, perdida de proyecto de vida en los jóvenes, y en definitiva mayor pobreza.

La atención integral de los y las adolescentes es un elemento de suma importancia para el desarrollo de los países y el futuro inmediato de la sociedad. Al estudiar el tema de depresión en adolescentes es referirse a diversas expresiones emotivas y afectivas, fue grande la sorpresa cuando tratábamos con profesionales de salud del centro de referencia y autoridades educativas a 6 horas de la ciudad de Piura donde los índices de embarazos en la población joven era grande y dicho problema venía acompañado de

otras dolencias entre ellas el estado deprimente en la madre joven durante el embarazo y postparto provocado por la necesidad que experimenta la madre esta cruda realidad nos llevó a poner el interés en saber cuál era el nivel depresivo de la joven madre, además como asumía el rol de madre que le tocaba desempeñar en una población donde impera el desconocimiento y el machismo como tradición y prejuicio. Así mismo algunas de las causas que nos lleva a estudiar el problema son el inicio de la sexualidad a temprana edad, exceso de información sobre métodos anticonceptivos, inseguridad, baja autoestima, falta de comunicación con sus padres o provenir de hogares disfuncionales o estar bajos los efectos del alcohol u otras sustancias.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO.**

### 2.1. Antecedentes de la investigación.

Ávila Romero, A. (2014), realiza el estudio titulado: “Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis. Universidad Central del Ecuador. El objetivo fundamental es identificar niveles de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas. Estudio no experimental de tipo Correlacional con una muestra de 52 adolescentes, con apoyo de entrevista, encuesta y método estadístico. Concluyéndose que la depresión constituye el síntoma predominante en adolescentes que no cuentan con apoyo familiar durante el embarazo. En el primer trimestre de embarazo el nivel de ansiedad más común lo podemos encontrar en el tercer mes con una intensidad leve entre las adolescentes embarazadas, demostrando que los mecanismos fisiológicos se ven implicados mostrando cambios significativos y mostrando a la ansiedad como un problema.

Otro de los estudios importantes es el de Martínez Lanz, P (2009); elaboró el estudio titulado: “Depresión en adolescentes embarazadas”. Universidad Anáhuac México. Tuvo como objetivo determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas, dependiendo de la edad a la que se embarazaron y del apoyo recibido de familiares y amigos. El estudio fue no experimental, descriptivo y exploratorio; la muestra estudiada consistió en 100 mujeres, 50 de las cuales eran menores de 18 años y se

encontraban embarazadas, mientras que las 50 restantes eran mayores de edad en el mismo estado, a quienes se aplicó un instrumento diseñado ex profeso para este estudio. Los resultados indican que aquellas adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresiones con sintomatología grave; dicha problemática se relacionó con agresión física y verbal, desempleo y falta de dinero. Por último, la mayoría de las mujeres que contaban con apoyo materno tendían a desarrollar depresión leve, lo cual es altamente significativo.

Por su parte Corona Baez, J. (2012), realiza la investigación: “Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la UMF - 92 en el periodo enero a diciembre” Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de Medicina Familiar. Universidad Autónoma Del Estado De México. Tuvo como objetivo determinar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas; se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en adolescentes embarazadas, a las cuales se les aplicó la escala de depresión de Zung; se estudió a una población de 76 pacientes, de acuerdo a los datos obtenidos un 68.4% cursan sin depresión, 22% con depresión leve y 9% con depresión moderada, de las cuales 42% son amas de casa, 47.9% son solteras y 39.5% casadas llevan una buena relación de pareja un 52%, el mayor índice de depresión lo encontramos en la semana 27 a 40, entre la edad de 17 años con un porcentaje de 23.8%. Podemos decir que las adolescentes embarazadas que presentan el mayor número de depresión son las de 17 años de edad, las cuales se encuentran en el segundo trimestre de



gestación, presentando en mayor promedio depresión leve, con una relación de pareja buena, con estado civil soltera.

A nivel nacional se han encontrado los siguientes estudios:

Huachupoma, Y. y Paccori, L. (2012) titulado “Factores asociados a la ansiedad en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal” Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tuvo como objetivo: Analizar los factores asociados a la ansiedad en gestantes. Diseño: Casos y controles, corte transversal, retrospectivo. La población estuvo conformada por 226 gestantes (113 deprimidas (casos) y controles 113 no deprimidas (controles) el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; con una alfa de Cronbach =0.807. Resultados: Se encontró factores de riesgo con asociación significativa tales como: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). Otro factor fue la edad, donde se encontró que las gestantes cuyas edades están entre los 16 y 19 años son las que presentan mayor ansiedad. También se halló factores protectores con asociación significativa: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de

episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema. Conclusiones: Los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo

Salvatierra, A (2009) realiza el estudio titulado: Niveles de Depresión en Mujeres Gestantes de 15 a 19 años y 20 a 39 años que acuden al área de Obstetricia del Hospital Leoncio Prado Red Sánchez Carrión – La Libertad. Tuvo como objetivo conocer cuáles son los Niveles de Depresión que presentan las Mujeres Gestantes de 15 a 19 años y 20 a 39 , estudio de tipo descriptivo, bajo un enfoque cuantitativo, el tamaño de la muestra, estuvo constituida por 200 usuarios que acuden al área de obstetricia del Hospital Leoncio Prado en el mes de Diciembre y Mayo de las cuales se tomara en cuenta según los dos grupos etarios de 15 a 19 años y de 20 a 39 años , sin importar el número mayor de participación en un grupo. El estudio concluye que la población investigada en más del 50% presenta en su mayoría un ligero trastorno emocional presentándose mayormente en el grupo etario de 20 a 39 años siendo este más numeroso, y menos del 50% manifiesta estar normal sin ningún síntoma emocional que le esté afectando durante el embarazo. Los más altos casos de Depresión Clínica Borderline se presentan en gestantes adultas de 20 a 39 años.

## 2.2. Bases teóricas.

La palabra ansiedad viene del latín *anxietas*, *anxietatis*, cualidad o estado del adjetivo latino *anxius* (angustiado, ansioso). Este adjetivo se relaciona con el verbo *angere* (estrechar, oprimir), de cuya raíz también nos vienen otras palabras de origen latino como *ansia*, *angina*, *angosto*, *angustia* y *congoja*. Parece que todo remonta a una raíz indoeuropea *-angh-* que significa estrecho o doloroso.

Beck, A (1998) propone que en los trastornos emocionales como la Ansiedad se da una distorsión en el procesamiento de la información, en esta patología la percepción del peligro y la valoración de las habilidades del individuo para enfrentárselo aparecen sesgadas, hay una sobre estimación del grado de peligro y una desvalorización de las capacidades de enfrentamiento. Ese procesamiento cognitivo errado lleva a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos propios de este trastorno.

Por su parte Albert Ellis, (1994), nos manifiesta que la ansiedad es la más común y universal de las emociones, también le dice que es una “Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias”. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. Es una emoción que nos pone alerta, genera que estemos más atentos a las posibles complicaciones. Por su parte Barlow (2002), señala que la ansiedad, se definía como una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con

respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos. (p. 104).

Según la aportación del enfoque existencialista de May, R. (1968, citado por Carrillo, 2008) la ansiedad se define como una aprensión que produce la amenaza a algún valor que es juzgada por el individuo como esencial para su existencia como un yo.

Por su parte Spence (1998) toma la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV, 1995) para conceptualizar la ansiedad y señala que se caracteriza por una aparición súbita de síntomas como miedo pavoroso, aprensión o terror habitualmente acompañados por una sensación de muerte inminente. Durante estas crisis aparecen también síntomas tales como palpitaciones, falta de aliento, malestar torácico u opresión, asfixia o sensación de atragantamiento y miedo a perder el control o «volverse loco».

La ansiedad es una reacción en la que se presenta malestar difuso y tensión frente a una posible amenaza que compromete el funcionamiento del individuo e implica una reducción de la libertad personal. (Fernández, 1995)

Por su parte Papalia (1994), define a la ansiedad como un estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión surgidas de la anticipación de una amenaza, real o imaginaria. Los individuos

reaccionan con grados de ansiedad variables, que dependen de su propia predisposición a padecer ansiedad y del tipo de amenaza a la que responden.

Existen muchas clasificaciones dadas para ansiedad, debido a que el presente estudio se basa en la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung, se considera la clasificación presentada por este autor:

- **Ansiedad Leve;** En este nivel de ansiedad la persona está alerta, oye, vé y domina la situación; funcionan más las capacidades de percepción y observación, debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. La ansiedad es transitoria, se observa temor, irritabilidad, intranquilidad e incomodidad.

- **Ansiedad Moderada;** El campo perceptual de la persona se ha limitado un poco, ve, oye y domina la situación menos que en el caso anterior, experimenta limitaciones para percibir lo que sucede a su alrededor pero puede observarlo si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio.

En este nivel se pueden observar manifestaciones fisiológicas y psicológicas con poca intensidad, como sequedad de boca, palpitaciones, temblores, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria.

En resumen la ansiedad leve y moderada puede tener un valor muy definido de ajuste, porque influye sobre el individuo orientando a una

adaptación de diferente tipo del que en otra forma hubiera podido realizar, ya que estos niveles le proveen energía suficiente para aprender, crecer, desarrollar y completar actividades.

- Ansiedad Severa; El campo perceptual se ha reducido notablemente, la persona no observa lo que ocurre a su alrededor y es incapaz de hacerlo aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o muchos detalles dispersos, se puede distorsionar lo observado, el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre un grupo de ideas.

En este nivel se presentan sequedad de boca, manos frías, fatiga, mareos, temblores anormales, fobias, insomnio, inquietud motora, sudoración profusa y sensación de desvanecimiento. (Zung, 1971)

No existe una causa única que pueda explicar todas las distintas facetas de los trastornos ansiosos. Cada autor, dependiendo de su punto de vista trata de darle una explicación a este problema desde distintos enfoques. El estado actual de la etiología de la ansiedad habla en favor de una génesis multifactorial del problema. Las teorías o enfoques más importantes que tratan de explicar este problema son las siguientes:

Estas tratan de explicar los síntomas en base a conflictos intra-psíquicos que no tienen una base biológica definida.

a) Teoría Psicodinámica. El creador es Freud. Tratan de explicar los síntomas en base a un conflicto inconsciente que surge entre impulsos inaceptables que emergen del individuo y que son rechazados por el súper ego generando tensión entre ambas esferas lo que da como resultado los síntomas ansiosos. Para poder manejar estos síntomas el ego recurre a mecanismos de defensa automáticos como la negación, la sublimación, la intelectualización, la formación reactiva y el aislamiento afectivo entre otros. De acuerdo a esta teoría al disminuir la intensidad del conflicto mediante técnicas de psicoterapia, los síntomas desaparecen (Hales, Yudofsky, y Talbott, John A. 1996)

b) Teorías Conductistas. El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno (Cook, 1993).

c) Teorías Cognitivistas. Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad (Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. 1996)

d) Teorías del defecto del desarrollo psicológico Normalmente el niño al ir creciendo se va acostumbrado a manejar los problemas que se le presentan en la vida en una forma adecuada. Cuando existe una madre sobreprotectora o una figura paterna de iguales características, el niño aprende a que le resuelvan los problemas sin tener que hacer mayor esfuerzo. Cuando la vida lo afronta al hecho de tener que decidir por sí mismo, no sabe qué hacer, se le produce inseguridad y aparecen los síntomas de la ansiedad. Al permitirle al individuo manejar las situaciones conflictivas va logrando un mayor control de sí mismo y los síntomas empiezan a desaparecer. (Cook, 1993).

Estas tratan de explicar la ansiedad en alteraciones bioquímicas que ocurren a nivel de los neurotransmisores y los receptores a nivel del sistema nervioso central algunas de las cuales tienen su origen en predisposiciones genéticas.



e) Teoría del mosaico genético Estas teorías se han esbozado a partir de las observaciones de que en algunas familias se presentan varios miembros que tienen trastornos ansiosos. No se ha podido aislar ningún gen responsable de esta alteración y se asume que existe una etiología poli genética que va a determinar una predisposición a desarrollar síntomas ansiosos en presencia de conflictos surgidos durante la vida. Así como otras personas tienden a deprimirse éstas tienden a angustiarse ante estímulos en que a otras personas no les produciría ninguna alteración. (Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. 1996)

f) Teoría del déficit gabaérgico Esta establece que en algunos individuos existe un déficit funcional del neurotransmisor GABA que es de tipo inhibitorio y que ayuda a contrarrestar la acción de los neurotransmisores de tipo excitatorio como la dopamina (DA), norepinefrina (NE) y serotonina (SE). Se ha mencionado que puede existir un nivel normal de GABA pero que el receptor a esta sustancia se hace resistente de tal manera que no se produce la acción fisiológica esperada. El GABA se encuentra difundido en todo el cerebro de tal manera que las manifestaciones de su deficiencia son ple mórficas. Esta teoría se ve favorecida por el hecho de que las benzodiazepinas, que son medicamentos útiles en el manejo de la ansiedad, actúan elevando la disponibilidad del GABA ((Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. 1996)

a) Teoría de la actividad noradrenérgica excesiva Esta teoría establece que existe un exceso de actividad noradrenérgica especialmente a nivel del

locus ceruleus que es la que genera la reacción de ansiedad. Estudios hechos con electrodos implantados en esta región revelan que existe un aumento de la actividad

Estas establecen que se genera un conflicto entre el individuo y el medio que lo rodea. Al no poder afrontar adecuadamente las demandas del medio se generan tensiones que van a ocasionar la aparición de los síntomas de la ansiedad. (Pallás Cots, Blanca M. 2007)

a) Teoría de la aglomeración social Considera que cuando aumenta la densidad de población en una región, el individuo necesita realizar mayores esfuerzos para poder cumplir efectivamente con las demandas que se le imponen. Se dificulta más el poder llegar a tiempo al trabajo, el poder ajustarse a un presupuesto cada vez más estrecho, adaptarse a un ámbito social cada vez más pequeño, al aumento de los fenómenos sociales como la delincuencia y la drogadicción, etc. Este concepto está relacionado con el espacio vital que tiene el ser humano y que al igual que los animales, entre más estrecho, más tensión genera y se tiende a estar más agresivo (Pallás Cots, Blanca M. 2007)

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana, 2003).

Novoa (2002) define la depresión como un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa. La misma que lleva a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

La Organización Mundial de la Salud publicó la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, CIE-10 (1992) donde se explica que, la depresión se caracteriza por la aparición de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito.

Pueden presentarse en varios aspectos, uno con alteraciones de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro; otro en el que predominan síntomas somáticos. Las principales áreas que se encuentran involucradas en una persona con diagnóstico de Depresión son:

Cambios en el Estado de Ánimo. La afectividad seriamente perturbada en la Depresión origina síntomas diversos, siendo un síntoma característico de la depresión el estado de ánimo deprimido. Puede sentirse triste, inútil y sin esperanza y tener crisis de llanto. También es frecuente que su autoestima y su autoconfianza se desplomen durante los periodos de depresión. Mucha gente con depresión se siente culpable o despreciable. No toda la gente con depresión se siente deprimida, puede sentirse agitado, más irritable y fastidiado o puede ser aburrido y encontrar que ya nada le llama la atención. Generalmente las actividades agradables no le proporcionan placer ni mantienen su interés. (Calderón, 1990)

Cambios Intelectuales Es frecuente que la censo percepciones se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta. Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, sin embargo, en realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea, lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal. Presenta una disminución de la capacidad de la atención y concentración y esta dismnesia se manifiesta para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto. Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico tales como: me he vuelto muy malo, soy inútil para los demás, etc. El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al

enfermo; ideas repetitivas le perturban con frecuencia: trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan. La depresión puede interferir en el proceso de la memoria y pensamiento; puede tener dificultad para concentrarse, puede notar que tiene que batallar para tomar decisiones, incluso decisiones relativamente simples. Como resultado puede encontrar que es más difícil hacer las cosas.

**Cambios en el Comportamiento** Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo. Los impulsos suicidas son los aspectos más delicados y peligroso que debe valorarse al inicio de un tratamiento. Se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidos para moderar su angustia. Por lo anterior nos damos cuenta que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados, ya que a cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales. Se debe sospechar una depresión si han habido cambios de conductas y rendimientos académicos o laborales, conductas autodestructivas o de riesgo, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, síndromes ansiosos, quejas somáticas (cefaleas, vértigo, trastornos digestivos, cardio respiratorios), o antecedentes personales o familiares. (Calderón, 1990)

Cambios Somáticos A este cuadro se le llama depresión enmascarada y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años. Esto provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar la salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento adecuado podían haber resuelto su problema en un tiempo relativamente breve. Uno de estos trastornos es el insomnio; la dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser su única pero angustiosa queja por muchos años. El insomnio puede presentarse al principio o al final del periodo de descanso, es decir, el enfermo tarda mucho en dormirse o se despierta por la madrugada sin poder conciliar nuevamente el sueño. Otro trastorno importante es la anorexia, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos, cuando es pertinaz y se prolonga por años implica considerables pérdidas de peso, hasta de 10 y 15 kg. Por otro lado el enfermo puede reaccionar expresando un deseo compulsivo de comer con el correspondiente incremento de peso, esta diversidad de reacciones ha hecho que se denomine a la depresión la enfermedad de las mil caras. Por otra parte se presentan trastornos en la sexualidad con debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental, los fracasos de realización que originan en el hombre la impotencia (falta de erección, o eyaculación precoz) no es otra cosa que la libido reducida, que provoca a su vez un profundo desaliento y un pensamiento obsesivo de minusvalía. En la mujer, la baja sexual es también muy evidente, aunque suele perturbarla menos que al hombre. Otro síntoma frecuente es la cefalea tensional, se localiza especialmente en la nuca y a

veces en las regiones temporales; se debe a estados emocionales, y suele ser intensa y persistente. El aparato digestivo con frecuencia está implicado en las quejas del enfermo la dispepsia, aerofagia, náusea y otros síntomas que se diagnostican generalmente como colon irritable son elementos comunes que se presentan en el síndrome depresivo. Palpitaciones, disnea nerviosa, algias cardiorácicas etc. (Calderón, 1990).

Los síntomas son principalmente: tristeza sin explicación, decaimiento, dificultad para dormir, falta de interés, sentimientos de culpabilidad, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, bajo apetito, cansancio o movimientos lentos, ideas o pensamientos suicidas.

De cada 10 embarazadas, tienen entre 1 y 2 síntomas de depresión en el embarazo. Si la han sufrido en embarazos anteriores, corren un riesgo mayor de desarrollarla durante el nuevo embarazo. Esta patología es muy seria ya que puede poner en riesgo a la mujer y su hijo. Existen tratamientos psicológicos, psicoterapia de apoyo grupal, además de los métodos naturales como yoga y Flores de Bach, entre otros.

En el embarazo, se puede presentar por causa de diferentes factores: cambios hormonales, antecedentes personales o familiares de depresión, problemas de pareja, haber tenido una pérdida, presentar un embarazo de alto riesgo o al tener que enfrentar situaciones estresantes. Entre las razones de por qué ocurre podemos encontrar:

- Cambios Hormonales: Son propios de esta etapa y afectan directamente los neurotransmisores químicos del cerebro encargados de regular nuestro humor.

- Antecedentes personales o familiares depresivos: Si ya has sufrido de depresión o hay registro en tu familia de padecer esta enfermedad, estás más propensa a que se presente durante el embarazo.

- Problemas de pareja: Si no te estás llevando bien con tu pareja, te abandonó o llevas una relación conflictiva, es probable que puedas padecer una depresión. Es importante apoyarte en tu familia, amigos o buscar redes de apoyo.

- Complicaciones en el embarazo: Los síntomas de pérdida, tener un embarazo múltiple y hacer reposo prolongado provocan mucho miedo y ansiedad, que pueden terminar desencadenando una depresión.

- Situaciones estresantes: Problemas laborales, la pérdida de un ser querido y cualquier preocupación puede generar un cuadro de angustia y depresión

En las líneas generales son criterios comunes para las directrices tanto del DSM IV como del CIE 10 2.3.1

- Trastorno depresivo Mayor, episodio único (F32) o Recidivante (F33)

Criterio A presencia de 5 o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de 2 semanas y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.



Estado de ánimo depresivo- triste, disfórico, irritable en niños y adolescentes), la mayor parte del día y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo.

Disminución o pérdida de interés o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades la mayor parte del día casi todos los días.

Disminución o aumento de peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.  
Insomnio o hipersomnias casi a diario

Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no solo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud)

También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada (este síntoma puede adquirir un carácter delirante).

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).

Pensamientos recurrentes de muerte (no solo un temor a morir) o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre

estos aspectos que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.

Criterio B. Señala el no cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y Depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.

Criterio C. Los síntomas provocan un malestar significativo a la vez de un deterioro en la actividad social, laboral, u otras aéreas de la vida del paciente.

Criterios D y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de sustancia tóxica o un medicamento, ni una enfermedad orgánica (DSM IV-TR 2002 Primera edición pág. 398)

Según Fishman (1989) las tareas esenciales de la adolescencia se centran en torno a la búsqueda de la identidad, el desarrollo de las competencias sociales, la elaboración del narcisismo adolescente y el logro de la autonomía. La OMS (1995) define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, fijando sus límites entre los 10 y 20 años.

La Adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19 o La madurez emocional depende de logros como

descubrir la identidad, la independencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y la habilidad para establecer relaciones maduras de amistad y amor. Algunas personas nunca superan la adolescencia a nivel emocional o social, sin importar cuál sea su edad cronológica. (Papalia, D, 1998)

a) Adolescencia temprana (10-13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo y pares, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del auto-erotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico no predomina, coquetería, amor platónico, etc. (Bonilla, 2009)

b) Adolescencia Media (14 -17 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de

experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Caracterizada por la completa maduración sexual, narcisismo, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (pueden presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimiento de invulnerabilidad, falta de información y educación sexual), relaciones intensas y fugaces. (Bonilla, 2009).

c) Adolescencia Tardía (mayores de 18 años):

Caracterizada por la completa maduración integral y logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más expresiva llegando a establecer relaciones íntimas más estables, la sexualidad adolescente viene con expresiones y experiencias formadas durante la infancia y con ello experiencias negativas, como el maltrato físico (incluso abuso sexual), la disgregación familiar, ambiente conflictivo; pueden afectar el desarrollo normal de la personalidad del adolescente. (Bonilla, 2009)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes

especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".(Martínez, Gederlini, Ibacache & Valderrama, 2009)

#### 1.2.3.3. Embarazo en la Adolescencia

Se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando el fortalecimiento del círculo de la pobreza. (Humberto TL, Torres PJ, Temahuaya FI., 2012)

Dentro de los impactos de la maternidad en adolescente, existe el riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años.

Oportunidades perdidas: Las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios secundarios, lo que menoscaba sus

posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos. Estos factores la convierten en una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla. Además se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra, sumando obstáculos para la movilidad social de esa generación y de la siguiente, profundizando la pobreza. Más hijos: El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. Los abortos, a escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados, como lo reportan estudios en América Latina. (Humberto TL, Torres PJ, Temahuaya FI., 2012)

**Embarazos Precoces:** En los embarazos adolescentes se presentan muy a menudo deficiencias en la nutrición de las chicas, ya que se produce un aumento de las necesidades en esta edad en la que aún está creciendo. También es un factor importante el hecho de que las adolescentes y las jóvenes se alimenten en muchos casos un tanto arbitrariamente y no se ajustan a las auténticas necesidades.

Presentan con frecuencia déficits minerales y de vitaminas que afectarán no sólo a la madre sino al hijo que lleva en su vientre. Las infecciones durante el embarazo, y muy en especial la infección urinaria, se presentan en un mayor número de gestantes adolescentes. Asimismo son más frecuentes a

esta edad las infecciones de transmisión sexual, favorecidas por las circunstancias en que se desenvuelven a menudo sus relaciones, con alto riesgo de afectación del feto y consecuencias muy graves para éste, más todavía que para la misma madre. (Panduro BJ, Jiménez CM, Pérez MJ, Panduro ME, Peraza MD. (2012)

Otra consecuencia en las adolescentes gestantes es la hemorragia durante el tercer trimestre del embarazo debido al desprendimiento prematuro de la placenta. El riesgo de parto prematuro y de muerte del feto dentro del útero aumenta con ello considerablemente. La causa habría que buscarla en la inmadurez hormonal de la adolescente y en él también incompleto desarrollo del útero a esas edades NMM

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de la investigación**

La presente investigación se enmarca dentro del tipo estudio no experimental, ya que no existe manipulación de la variable de estudio, lo que se hace es observar el fenómeno tal y como se dan en un contexto natural, para luego analizarlos. (Hernández Sampieri, 2010). “La investigación no experimental es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones, por lo tanto en la presente investigación lo que se pretende es describir los niveles de ansiedad y depresión de las adolescentes embarazadas.

### 3.2. Diseño de la investigación

La investigación es de tipo descriptiva básica y transversal; es descriptiva, porque busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis. Hernández, S, (2010). Una investigación es transversal cuando se estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este sentido la presente investigación describe los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, 2016.

Por tanto el esquema es el siguiente:



Dónde:

**M** = Madres adolescentes que acuden al Centro de Salud.

**O** = Ansiedad y depresión

### 3.3. Población y muestra de la investigación

#### 3.3.1. Población

La población para el estudio está comprendida por las 108 adolescente embarazadas que se atienden en el Centro de Salud de Referencia de Ayabaca.



### 3.3.2. Muestra

En el presente estudio por ser una población pequeña y para poder tener una visión general de las adolescentes embarazadas, se decidió trabajar con las 78 adolescentes embarazadas que acuden Centro de Salud de Referencia de Ayabaca.

### 3.4. Variables, dimensiones e indicadores

#### 3.4.1. Variables:

Ansiedad y depresión

#### 3.4.2. Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Escala de medición</b>
Ansiedad	Es la alteración del afecto que se caracteriza por sensación de temor y aprensión frente a algo desconocido, esta alteración influye en todas las esferas del individuo, se refleja en el pensamiento, conducta, actividad psicomotora y manifestaciones somáticas.	Son los niveles de ansiedad que presentan las adolescentes embarazadas, la cual será medida a través de la Escala de Zung.	Afectivo Somático	Ordinal

Depresión	Es una alteración del estado de ánimo que influye en todas las esferas del individuo, e instala progresivamente y es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, conducta, actividad psicomotora, manifestaciones somáticas y en la forma como el individuo se relaciona y percibe en el medio.	Son los niveles de depresión que presentan las adolescentes embarazadas, la cual será medida a través de la Escala de Zung.	Afectivo Físico, Cognitivo Psicológico	Ordinal
-----------	--	---	---	---------

### 3.5. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

#### 3.5.1. Técnicas

La técnica que se usará es la encuesta, esta es uno de los instrumentos más versátiles, eficientes, útiles y sencillos para recolectar información en las investigaciones.

#### 3.5.2. Instrumentos

Es utilizaron dos instrumentos:

### **Escala de autoevaluación de ansiedad**

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales. Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información. Las preguntas deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal. En el formato del cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por 'Nunca o casi nunca', 'A veces', 'Con bastante frecuencia' y 'Siempre o casi siempre'. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que escoja la opción que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido la última semana.

### **Escala de autoevaluación para la depresión**

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W. Zung para evaluar el nivel de depresión. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva,

y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80. • 25-49 rango normal • 50-59 Ligeramente deprimido • 60-69 Moderadamente deprimido • 70 o más, Severamente deprimido

### 3.6. Procedimientos.

Se realizaran las coordinaciones con el Centro de Salud para obtener el permiso el cual permite aplicar los instrumentos a las adolescentes embarazadas, luego se coordinará con los encargados del servicio de maternidad para organizar la aplicación de los cuestionarios; después de la aplicación se vaciarán los datos en hojas de Excel para realizar los cálculos y elaborar las tablas de frecuencia y porcentuales.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1. Resultados

Objetivo: Identificar la edad y el trimestre de embarazo que predomina en las adolescentes gestante que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca - 2016

TABLA. 01

Distribución de las adolescentes gestantes según rango de edad

EDAD	Nº	%
13a 14 años	18	23%
15 a 16años	29	37%
17a18años	31	40%
Total	78	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a los adolescentes gestantes

### Interpretación

La tabla N° 01 presenta la distribución según rango de edades de las adolescentes embarazadas; como se puede observar el 40% se encuentra en los rangos entre 17 y 18 años, seguido del 37% cuyas edades son 15 y 16 años y el 23% las edades oscilan entre 13 y 14 años.

TABLA. 02

Distribución de las adolescentes gestantes según trimestre de embarazo

EDAD	Nº	%
I Trimestre	10	13.0%
II Trimestre	35	45.0%
III Trimestre	33	42.0%
Total	78	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a los adolescentes gestantes

### Interpretación

En la tabla 2, se muestran los resultados según trimestre de embarazo, se evidencia que el mayor grupo de adolescentes embarazadas se encuentran en el II trimestre de gestación según el 45%, seguido del III trimestre 42% y un 13% se encuentran en el I trimestre de gestación.

Objetivo: Identificar el nivel de ansiedad de las adolescentes gestante que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca - 2016

TABLA. 03

Nivel de ansiedad en las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca

Ansiedad	Normal		Ansiedad mínima		Ansiedad marcada		Ansiedad máxima		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Afectivo	20	26%	13	16%	45	58%	00	0.0%	78
Somático	22	28%	8	10%	48	62%	00	0.0%	78	100%
Ansiedad	21	27%	10	13%	47	60%	00	0.0%	78	100%

Fuente: Cuestionarios de ansiedad de Zung aplicados a los adolescentes gestantes

### Interpretación

En la tabla, se presentan los resultados sobre el nivel de ansiedad que presentan las gestantes adolescentes, como se puede observar el 60% de ellas se ubican en un nivel de ansiedad marcada, el 27% en no presenta ansiedad y el 13% presenta un nivel de ansiedad mínima. En cuanto a los factores afectivo y somático de la ansiedad ambas se ubican en un nivel marcado con el 58% y 62% respectivamente

Objetivo: Identificar el nivel de depresión de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca - 2016

TABLA. 04

Nivel de depresión de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca

Depresión	Normal		Ligeramente deprimido		Moderado		Severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Afectivo	18	23%	20	26%	35	45%	5	6%	78	100%
Físico	20	26%	24	31%	30	38%	4	5%	78	100%
Cognitivo	15	19%	30	38%	31	40%	2	3%	78	100%
Psicológico	19	24%	22	28%	34	44%	3	4%	78	100%
Depresión	18	23%	24	31%	33	42%	3	4%	78	100%

Fuente: Cuestionarios de depresión de Zung aplicados a los adolescentes gestantes

### Interpretación

Según los resultados que se muestran en la tabla 04, respecto al nivel de depresión en las adolescentes gestantes, se evidencia que el 42% presenta un nivel moderado de depresión, seguido de un nivel ligeramente deprimido con el 31%, un 23% no presentan depresión y un 4% de las gestantes muestra depresión severa. En cuanto a sus factores afectivo, físico, cognitivo y psicológico se ubican en un nivel moderado.



Objetivo: Identificar el nivel de ansiedad de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, según edad

TABLA. 05

Distribución de las adolescentes gestantes por rango de edad y grado de ansiedad

Ansiedad	Normal		Ansiedad mínima		Ansiedad marcada		Ansiedad máxima		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	13 a 14 años	4	5%	6	8%	8	10%	00	0.0%	18
15 a 16 años	10	13%	3	4%	16	20%	00	0.0%	29	37%
17 a 18 años	7	9%	1	2%	23	29%	00	0.0%	31	40%
Ansiedad	21	27%	10	13%	47	60%	00	0.0%	78	100%

Fuente: Cuestionarios de ansiedad de Zung aplicados a los adolescentes gestantes

### Interpretación

Según los resultados de la tabla N° 05, se muestra que las adolescentes que tienen ansiedad marcada 60% el 29% de ellas tienen edades entre 17 y 18 años de edad, 20% edades entre 15 y 16 años y un 10% edades entre 13 y 14 años. En cuanto al grupo que presenta ansiedad mínima 13%; el mayor número están en aquellas cuyas edades son entre 13 y 14 años (8%), seguido de las de 15 y 16 años (4%) y 17 y 18 años (2%)

Objetivo: Identificar el nivel de ansiedad de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, según trimestre de embarazo

TABLA. 06

Distribución de las adolescentes gestantes por trimestre de embarazo y grado de ansiedad

Ansiedad	Normal		Ansiedad mínima		Ansiedad marcada		Ansiedad máxima		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	I Trimestre	3	4%	2	3%	5	6%	00	0.0%	10
II Trimestre	10	13%	7	8%	18	24%	00	0.0%	35	45.0%
III Trimestre	8	10%	1	2%	24	30%	00	0.0%	33	42.0%
Ansiedad	21	27%	10	13%	47	60%	00	0.0%	78	100%

Fuente: Cuestionarios de ansiedad de Zung aplicados a los adolescentes gestantes

### Interpretación

Según los resultados encontrados y que se presentan en la tabla 5, nos muestra que las adolescentes que tienen una ansiedad marcada (60%), el 30% son adolescentes que se encuentran en el III trimestres de gestación y el 24% en el II trimestre. En cuanto al grupo que se ubicó en el nivel mínimo de ansiedad (13%); el 8% está en el II trimestre de gestación

Objetivo: Identificar el nivel de depresión de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, según edad.

TABLA. 07

Distribución de las adolescentes gestantes según edad y grado de depresión

Depresión	Normal		Ligera depresión		Moderada		Severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
13 a 14 años	6	8%	10	13%	2	3%	0	0.0%	18	23%
15 a 16 años	8	10%	5	6%	14	18%	2	3%	29	37%
17 a 18 años	4	5%	9	12%	17	22%	1	1%	31	40%
Depresión	18	23%	24	31%	33	42%	3	4%	78	100%

Fuente: Cuestionarios de depresión de Zung aplicados a los adolescentes gestantes

### Interpretación

Los resultados que se presentan en la tabla 07, respecto a la edad y grado de depresión, se encuentra que las gestantes que presentan depresión moderada 42%, la mayoría de ellas tienen edades entre 17 y 18 años (22%); el grupo que presenta depresión ligera (31%), el mayor porcentaje está en las adolescentes que se ubican en edades entre 13 y 14 años y las que presentan depresión severa son las que tienen edades entre 15 y 16 años.

Objetivo: Identificar el nivel de depresión de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, según trimestre de embarazo.

TABLA. 08

Distribución de las adolescentes gestantes según trimestre de embarazo y grado de depresión

Depresión	Normal		Ligera depresión		Moderada		Severa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	I Trimestre	4	5%	3	4%	1	1%	2	3%	10
II Trimestre	2	3%	11	14%	22	28%	0	0.0%	35	45.0%
III Trimestre	12	15%	10	13%	10	13%	1	1%	33	42.0%
Depresión	18	23%	24	31%	33	42%	3	4%	78	100%

Fuente: Cuestionarios de depresión de Zung aplicados a los adolescentes gestantes

### Interpretación

En la tabla 8 se presentan los resultados respecto al trimestre de embarazo y grado de depresión, se puede evidenciar que las adolescentes que tienen un nivel moderado de depresión (42%) se encuentran en el II trimestre de embarazo 28% y III trimestre 13%. Las que tuvieron un nivel ligero de depresión (31%), igualmente se ubicaron en el II y III trimestre con un 14% y 13% respectivamente y las que tuvieron depresión severa se ubicaron en el I trimestre de embarazo.

## 4.2. Discusión

La depresión y ansiedad son trastornos emocionales, la primera se considera como una reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias y la segunda considerada como un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa. La misma que lleva a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga; diferentes estudios han demostrado que muchas de las adolescentes suelen padecer de esta problemática por la inseguridad de un embarazo a temprana edad. La presente investigación tuvo como objetivo general: Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, 2016

Según los resultados encontrados respecto a la edad de las adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, el mayor porcentaje de ubicó con el 40% entre 17 y 18 años, seguido del 37% con rangos de edad 15 y 16 años y el 23% las edades oscilan entre 13 y 14 años. Los resultados indican que este grupo es de gran problemática debido a que existen un gran porcentaje de adolescentes embarazadas generando preocupación en el campo de la salud. Al respecto Papalia (1998), señala que la Adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19; y se evidencian conducta de inmadurez emocional, la dependencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y la habilidad para establecer relaciones maduras de amistad y amor, se dice que el adolescente se encuentra en proceso de maduración encontrándose no listo

para la construcción de una familia estable. Resultados similares encontraron Ávila Romero, A. (2014), en su investigación “Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas”, concluye que el porcentaje más alto se ubica entre las adolescentes de 16 y 18 años de edad.

En cuanto al trimestre de embarazo del 100% de las adolescentes embarazadas se ubicaron en el II trimestre de embarazo (45%) es decir las adolescentes estaban embarazadas entre el 4 y 6to mes de embarazo. Al respecto Humberto TL, Torres PJ, Temahuaya FI., (2012), señala que el embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando el fortalecimiento del círculo de la pobreza. Dentro de los impactos de la maternidad en adolescente, existe el riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años.

Respecto al nivel de ansiedad que presentan las gestantes adolescentes, como se puede observar el 60% de ellas se ubican en un nivel de ansiedad marcada, y el 13% presenta un nivel de ansiedad mínima. La ansiedad se puede evidenciar en sus factores afectivos y somáticos. Al respecto Beck, A (1998) señala que los trastornos emocionales como la Ansiedad se da una distorsión en el procesamiento de la información, en esta patología la

percepción del peligro y la valoración de las habilidades del individuo para enfrentárselo aparecen sesgados, hay una sobre estimación del grado de peligro y una desvalorización de las capacidades de enfrentamiento. Por su parte Papalia (1994), define a la ansiedad como un estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión surgidas de la anticipación de una amenaza, real o imaginaria. Como podemos observar las adolescentes tienen estas características ante un embarazo a temprana edad generándole una tensión e incertidumbre por su futuro. Resultados similares encontró Ávila Romero, A. (2014), en su estudio titulado: "Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años" Concluyéndose que existe prevalencia de ansiedad expresados en síntomas como el miedo, insomnio y problemas somáticos.

En cuanto a la depresión en las adolescentes gestantes, se evidencia que el 42% presenta un nivel moderado de depresión, seguido de un nivel ligeramente deprimido con el 31%, y un 4% de las gestantes muestra depresión severa. Aspectos que se evidencian en sus aspectos afectivos, físicos, cognitivos y psicológicos. Asimismo nos indica que existe una distorsión del procesamiento de la información por parte de la adolescente alterándose su estado de ánimo y su comportamiento. Novoa (2002) define la depresión como un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa. La misma que lleva a sentir soledad, pérdida de motivación, retraso motor y fatiga. Resultados similares encontró Martínez Lanz, P (2009); en su estudio titulado: "Depresión en adolescentes

embarazadas”. Los resultados indican las adolescentes desarrollaron depresiones con sintomatología grave.

Respecto a los niveles de ansiedad y edad de las adolescente embarazada, se encontró que las que tuvieron ansiedad marcada (60%), el 29% de ellas tienen edades entre 17 y 18 años de edad, 20% edades entre 15 y 16 años y las que presentaron ansiedad mínima (13%); el mayor número están en aquellas cuyas edades son entre 13 y 14 años (8%), seguido de las de 15 y 16 años (4%) y 17 y 18 años (2%). Pudiéndose observar que las que mayor edad tienen son las que presentan niveles de depresión marcados. Fernández (1995); señala que el adolescente está en constante proceso ansioso ante el temor al futuro y no dice que la ansiedad es una reacción en la que se presenta malestar difuso y tensión frente a una posible amenaza que compromete el funcionamiento del individuo e implica una reducción de la libertad personal. Esto se encuentra estrechamente ligado a la gestación a temprana edad; donde la adolescente no sabe qué hacer y cómo será su futuro alterando en ella sus procesos psicológicos. Huachupoma, Y. y Paccori, L. (2012) titulado “Factores asociados a la ansiedad en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal”; en una de sus conclusiones encuentra que la edad es un factor importante en la presencia de depresión, donde se encontró que las gestantes cuyas edades están entre los 16 y 19 años son las que presentan mayor ansiedad.

Según el trimestre de embarazo y la ansiedad; las adolescentes que tienen una ansiedad marcada (60%), el 30% son adolescentes que se encuentran en



el III trimestres de gestación y el 24% en el II trimestre. En cuanto al grupo que se ubicó en el nivel mínimo de ansiedad (13%); el 8% está en el II trimestre de gestación. Cook (1993); nos dice que la cuando el adolescente tiene que afrontar la vida en un embarazo, el hecho de tener que decidir por sí mismo, no sabe qué hacer, se le produce inseguridad y aparecen los síntomas de la ansiedad. En la medida que el adolescente logre manejar las situaciones conflictivas va logrando un mayor control de sí mismo y los síntomas empiezan a desaparecer. Resultados diferente encontró Ávila Romero, A. (2014), en su estudio titulado: "Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años, dentro de sus conclusiones encuentra que en el primer trimestre de embarazo el nivel de ansiedad más común lo podemos encontrar en el tercer mes con una intensidad leve entre las adolescentes embarazadas.

Respecto a la edad y grado de depresión, las gestantes que presentan depresión moderada 42%, la mayoría de ellas tienen edades entre 17 y 18 años (22%); el grupo que presenta depresión ligera (31%); se puede evidenciar que las adolescentes cuyas edades están entre 17 y 18 años son las que presentan niveles de depresión moderada. Según Fishman (1989) las tareas esenciales de la adolescencia se centran en torno a la búsqueda de la identidad, el desarrollo de las competencias sociales, la elaboración del narcisismo adolescente y el logro de la autonomía; al enfrentarse a un embarazo le genera serios problemas que podrían llevarlo a procesos depresivos serios, más aun si no cuenta con factores como la familia para apoyarlo. Según Fishman (1989) las tareas esenciales de la adolescencia se

centran en torno a la búsqueda de la identidad, el desarrollo de las competencias sociales, la elaboración del narcisismo adolescente y el logro de la autonomía. La OMS (1995) define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, fijando sus límites entre los 10 y 20 años. Resultados similares encontró Corona Baez, J. (2012), en su investigación: "Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la UMF", concluye que el 22% con depresión leve y 9% con depresión moderada, de las cuales el 24% tienen edades entre 17 y 18 años de edad.

Según el trimestre de embarazo y grado de depresión, se puede evidenciar que las adolescentes que tienen un nivel moderado de depresión (42%) se encuentran en el II trimestre de embarazo 28% y III trimestre 13%. Las que tuvieron un nivel ligero de depresión (31%), igualmente se ubicaron en el II y III trimestre con un 14% y 13% respectivamente. pudiéndose evidenciar que la mayor parte de depresión son las adolescentes que están en el II trimestre de gestación. Resultados similares encontró Savatierra, A (2009) en su estudio: Niveles de Depresión en Mujeres Gestantes de 15 a 19 años y 20 a 39 años. El estudio concluye que la población investigada en más del 50% presenta en su mayoría un ligero trastorno emocional y que la edad del embarazo, la mayoría de casos de depresión se ubicó en el grupo que estaba en el II trimestre de embarazo con un 70%.

## Conclusiones

1. La edad en que más se presenta el embarazo en la adolescencia en el Centro de Salud de Ayabaca es de 17 a 18 años seguido de 15 a 16 años.
2. La mayoría de adolescentes que asisten al Centro de Salud de Ayabaca se encuentran en el II trimestre de embarazo según el 45%.
3. El nivel de ansiedad de las adolescentes embarazada que acude al Centro de Salud de Ayabaca fue de un nivel de ansiedad marcada 60%, y ansiedad mínima 13%.
4. El nivel de depresión de las adolescentes embarazada que acude al Centro de Salud de Ayabaca fue de un nivel moderado 42% y ligeramente deprimido 31%.
5. El mayor porcentaje de adolescentes que presentaron un nivel de ansiedad marcada son las que tienen edades entre 17 y 18 años de edad y 15 y 16 años.
6. El mayor porcentaje de adolescentes que presentaron un nivel de ansiedad marcada son las que tienen se encontraban en el III y II trimestre de embarazo.
7. El mayor porcentaje de adolescentes que presentaron un nivel de depresión son las que tienen edades entre 17 y 18 años de edad y 15 y 16 años.
8. El mayor porcentaje de adolescentes que presentaron un nivel de depresión son las que tienen se encontraban en el II trimestre de embarazo.

## Recomendaciones

1. Es necesario el trabajo interdisciplinario en las gestantes adolescentes, es decir el Centro de Salud debe coordinar con al Área Psicológica para la evaluación y manejo de las pacientes que se encuentra en riesgo.
2. Realizar talleres en los Centros Educativos, con la finalidad de concientizar sobre la problemática del embarazo en las adolescentes.
3. Generar actividades por parce den Centro de Salud, donde se trabaje con las adolescentes sobre temas de resiliencia, autoestima y metas personales con la finalidad de disminuir estos casos
4. Con la gestante embarazad generar actividades de apoyo emocional y familiar.
5. Promover la participación activa de los adolescentes en toda actividad que se relacione a su salud sexual, buscando su empoderamiento.
6. Lograr la articulación en redes sociales y de salud con los diferentes actores sociales institucionales y de la comunidad, a favor del desarrollo integral y la salud de la adolescencia y juventud como condición para desarrollo sostenible.

## Referencias

Agüera LF, Reneses B, Muñoz PE. (1996) Enfermedad mental en atención primaria. Madrid: FLAS.

Asociación Psiquiátrica Americana (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado (DSM IV-TR) (4ª ed.) (2003). Barcelona: Masson.

Beck, A.T. y Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety research*, 1, 23-36.

Bonilla, J. (2009). Depresión en el embarazo: Importancia y propuesta de intervención. *Fronteras en Obstetricia y Ginecología*. Dic. 2002; 2(2): pág.21.

CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator.

COOK J, Sue y LEE RN (1993). "Enfermería Psiquiátrica". 2da Edición. Ed. Interamericano. España. Pp323.

Dennis C-L, Ross Le, Grigoriadis S. (2008) Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión prenatal (Revisión Cochrane 42 traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.)

Garza, F. (2007). Depresión en la infancia y adolescencia. México: Trillas

Fernandez – Abascal, (1995) “Emociones Positivas: Felicidad, Amor /Cariño y Humor”, En E.G. Fernández - Abascal (Coord.), “Manual de Motivación y Emoción” (pp. 442-549) Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Hales, Roberto E. MD; YUDOFKY, Stuart C. MD; TALBOTT, John A. (1996) "Tratado de Psiquiatría". Segunda edición. Editorial Ancora S.A. Cap. 14. "Trastornos de ansiedad" pág. 523. Versión Online

Humberto TL, Torres PJ, Temahuaya FI. (2012). Embarazo en las adolescentes y su concepto semántico de amor, sexo y embarazo. RevMex de Pediat 79 (3) 119-123.

Llanos Herrera M. (2002) Depresión en el embarazo: Importancia y propuesta de intervención. Fronteras en Obstetricia y Ginecología. pág.21

Luna Matos LM, Salinas J, Luna Figueroa A. (2009) Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Revista Panamericana de salud pública, Volumen 26(4)

PallásCots, Blanca M. (2007) "Estudio descriptivo de la demanda de urgencias del centro de salud de casetas en Zaragoza" Diplomado en Sanidad.

Panduro BJ, Jiménez CM, Pérez MJ, Panduro ME, Peraza MD. (2012) Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecolobstet Mex*; 80(11) 694-704

Papalia , D. E. (1994) "Psicología". Madrid: Editorial Mc Graw-Hill.

Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. (2001) Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Revista de reproducción humana perinatal*. Enero – marzo, 2001. Volumen 15. Número 1, pp 11-20.

Organización Mundial de la Salud (1965). Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S. Informe Técnico 308, Ginebra: OMS.

Stassen, K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia (7ª ed.)*. México: Editorial Médica Panamericana.

Spence, Barrett y Turner. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Anxiety Disorders*. 17, 605 – 625.

ZUNG W. " Escala heteroaplicada de ansiedad de Zung " 1971,[conectado en línea] [consulta hecha el 05/10/2016] Disponible en :  
<http://psicopsi.com/Escala-heteroaplicada-de-ansiedad-de-Zung>



## INSTRUMENTOS

### ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.

#### POR W. W. K. ZUNG

Edad: \_\_\_\_

Trimestre de embarazo: \_\_\_\_\_

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4	
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	4	3	2	1	
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	1	2	3	4	
4	Duermo mal.	1	2	3	4	
5	Tengo tanto apetito como antes.	4	3	2	1	
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	4	3	2	1	
7	Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4	
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	1	2	3	4	
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	1	2	3	4	

10	Me canso sin motivo.	1	2	3	4	
11	Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1	
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1	
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.	1	2	3	4	
14	Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1	
15	Estoy mas irritable que antes.	1	2	3	4	
16	Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1	
17	Me siento útil y necesario.	4	3	2	1	
18	Me satisface mi vida actual.	4	3	2	1	
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4	
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	4	3	2	1	
TOTAL DE PUNTOS						

## ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A.

POR W. W. K. ZUNG

Edad: \_\_\_\_

Trimestre de embarazo: \_\_\_\_\_

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me mas nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo esta bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					

10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						