

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes
adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de
Apoyo Camaná, 2015**

Autora:

LIZETH MARILÚ CALLOPAZA SALAZAR

Trabajo de Investigación para obtener el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2015

DEDICATORIA

A Dios siempre presente en cada sueño,
en cada anhelo de mi vida, gracias por guiar mis pasos.

A mis padres Eloyza y Julio que fueron mi fortaleza, siempre alentándome a seguir
adelante darme tanto amor y paciencia en toda mi carrera.

A mi abuelita Celia por siempre confiar en mí y darme su amor y apoyo incondicional.

A mi hermanito Jonathan por su apoyo y paciencia en el transcurso de mi proyecto.

Si caes es para levantarte, si te levantas es para seguir, si sigues es para llegar a donde quieres ir y si llegas es para saber que lo mejor está por venir...

E.M.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	8
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	61
Anexo 1 Proyecto de investigación	61
Anexo 2 Encuesta y Matriz de sistematización de información.....	114

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia puede representar una elevada carga emocional y traducirse en mayor ansiedad y depresión.

El objetivo es caracterizar la frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná 2015. Se aplicó a una muestra de gestantes adolescentes y no adolescentes la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student.

Se evaluaron 30 gestantes adolescentes y 60 no adolescentes. En ambos grupos la mayoría de evaluaciones se realizó entre las 32 y 41 semanas (80% en adolescentes, 70% en las no adolescentes; $p > 0.05$).

Todas las gestantes adolescentes y no adolescentes mostraron niveles de ansiedad, la mayoría de las gestantes adolescentes (73.33%) y en las gestantes no adolescentes (63.33%) presentaron ansiedad de rango leve ($p > 0.05$).

Además el 73.33% de madres adolescentes y 65% de madres no adolescentes presentaron depresión, con niveles leves en 60% de adolescentes y en 33.33% de no adolescentes; el 13.33% de madres adolescentes presentaron depresión moderada a severa, lo que ocurrió en 30% de madres no adolescentes ($p > 0.05$).

Se presentaron niveles leves de ansiedad y alta frecuencia de depresión tanto en gestantes adolescentes como no adolescentes.

PALABRAS CLAVE: ansiedad – depresión – escala de Hamilton – gestantes.

ABSTRACT

Pregnancy in adolescence can be a highly emotional and result in increased anxiety and depression. The objective is to characterize the frequency of anxiety and depression among pregnant teenagers and adolescents not treated at the Hospital de Apoyo Camana 2015.

It was applied to a sample of pregnant adolescents and teenagers no anxiety scale and Hamilton Depression. Groups were compared by chi-square test and Student t.

30 adolescents and 60 non pregnant teenagers were evaluated. In both groups, most evaluations were performed between 32 and 41 weeks (80% in adolescents, 70% in non adolescents; $p > 0.05$).

All pregnant teenagers and non adolescents showed anxiety, most pregnant adolescents (73.33 %) and pregnant non adolescents (63.33 %) had mild anxiety ($p > 0.05$).

In addition, the 73.33 % of teenage mothers and 65 % of mothers non adolescents had depression with mild levels in 60 % of adolescents and 33.33 % of non adolescents; 13.33 % of teenage mothers had moderate-to-severe depression disorders, which occurred in 30 % of non-teenage mothers ($p > 0.05$).

Mild levels of anxiety and high frequency of depression in both pregnant teenagers as teens were presented.

KEYWORDS: Anxiety - Depression - Hamilton scale - pregnant.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es un serio problema que actualmente constituye una preocupación para la salud pública. La adolescencia periodo entre 10 y 19 años, es de especial importancia y riesgo con respecto al desarrollo psicológico. Esta fase de la vida es caracterizada por un cambio rápido en el comportamiento del individuo y por la flexibilidad de la estructura psíquica.

En la mujer existe una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos.

Durante el desarrollo de mis prácticas pre profesionales, se ha observado la presencia de problemas emocionales en la adolescentes gestantes en comparación de las gestantes no adolescentes, por lo que en busca de la asociación entre estos hechos, y se ha decidido la realización de la presente investigación.

Lo que se pretende es contribuir a incrementar el conocimiento sobre este tema, que es generalmente ha sido abordado respecto a sus causas y consecuencias y no de manera específica como las consecuencias emocionales que el estado de gestación trae consigo para estas adolescentes.

Esto debido al mayor riesgo para la salud de las madres y para el recién nacido, y al mayor riesgo social al aparecer familias cuyos integrantes, cuando no están juntos, disminuyen sus posibilidades de desarrollo, y en el caso de abandono de la madre, un bajo nivel educativo de las mujeres, con mayor pobreza y menor oportunidad de progreso (1).

El porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas es de 12.5%, según el ENDES 2009. De ellas, el 9.9% son madres y el 2.6% restante, están gestando por primera vez. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25 % de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciadas de las primeras relaciones sexuales. Constituyen por tanto un segmento importante de la población en la que es importante el diseño de estrategias para prevenir los embarazos no deseados (2).

El embarazo en esta etapa puede acarrear problemas en el entorno personal, familiar, y social de la gestante, además de los mayores riesgos en su salud física, con el desarrollo de ansiedad y/o de depresión.

Por tal motivo abordamos la presente investigación con el objetivo de conocer la Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, en el 2015.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en la escala de ansiedad (Anexo 2) y de depresión de Hamilton (Anexo 3). Consentimiento informado (Anexo 4)

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital de Apoyo Camaná.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el bimestre (diciembre 2014 y enero 2015).

2.3. **Unidades de estudio:** Gestantes atendidas en Hospital de Apoyo Camaná.

Población: Todas las gestantes atendidas en Hospital de Apoyo Camaná en el bimestre (diciembre 2014 y enero 2015).

Muestra: Las pacientes fueron seleccionadas por conveniencia durante el periodo de estudio, según aquellas que acudieron a participar en el estudio.

Además las integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Gestantes a partir de las 20 semanas
- Gestación única
- Participación voluntaria en la investigación.

• **Exclusión**

- Patología obstétrica o prenatal materna
- Con inicio de trabajo de parto
- Fichas de encuesta incompleta o mal llenada.

3. **Tipo de investigación:** Por la naturaleza del problema se trata de una investigación observacional comparativa y de corte transversal.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio descriptivo.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizaron las coordinaciones con la dirección del hospital para obtener la autorización para efectuar el estudio.

Se contactó a las gestantes que acudieron para control del parto, verificando que cumplieran los criterios de selección. Se seleccionó a las gestantes según su edad como adolescentes y gestantes no adolescentes para solicitar su participación voluntaria en el estudio. En ambos grupos se aplicó una ficha de datos y la escala de depresión y de ansiedad de Hamilton.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala, heteroaplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad es mayor que la especificidad en relación al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

- a) Escala de ansiedad de Hamilton Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

- b) Test de Hamilton, para medir la ansiedad y depresión, cuyos resultados se establecerán a través de la Escala de Hamilton en ambos casos.

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION (26)

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

- No ansiedad: 0
- Ansiedad leve: 1 -14
- Ansiedad moderada: 15- 28
- Ansiedad grave: 29 - 42

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la

escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba chi cuadrado, y la comparación de variables numéricas con la prueba t de Student. Se consideraron significativas diferencias de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 y el paquete SPSS v.21.0.

CAPÍTULO II

RESULTADOS

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Tabla 1

Distribución de gestantes según ciclo vital

	N°	%
Adolescentes	30	33.33%
No adolescentes	60	66.67%
Total	90	100.00%

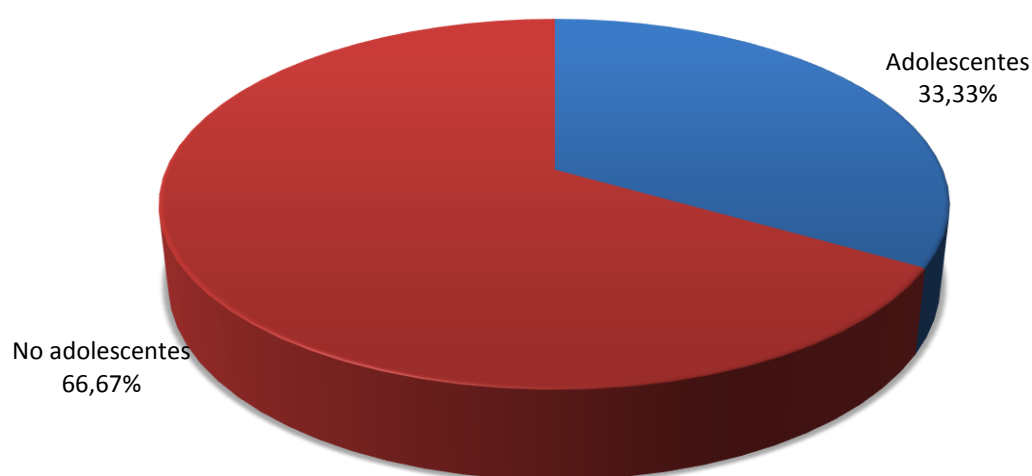
Fuente: Datos de la investigación

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la composición de la muestra estudiada. De las 90 gestantes incluidas en el estudio, un tercio fueron adolescentes entre los 14 y 19 años, con edad promedio de 17.73 años, y dos tercios fueron no adolescentes entre los 20 y 37 años, con edad promedio de 28.20 años.

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 1

Distribución de gestantes según ciclo vital



Edad promedio \pm d. estándar (mín – máx)

- Adolescente: 17.73 ± 1.28 años (14 – 19 años)
- No adolescente: 28.20 ± 5.29 años (20 – 37 años)

Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Tabla 2

Distribución de gestantes según edad gestacional y grupo de estudio

Edad gest.	Adolescente		No adolescente	
	N°	%	N°	%
20-27 s	4	13.33%	10	16.67%
28-31 s	2	6.67%	8	13.33%
32-36 s	6	20.00%	16	26.67%
37-41 s	18	60.00%	26	43.33%
Total	30	100.00%	60	100.00%

$\text{Chi}^2 = 2.44$ G. libertad = 3 $p = 0.49$

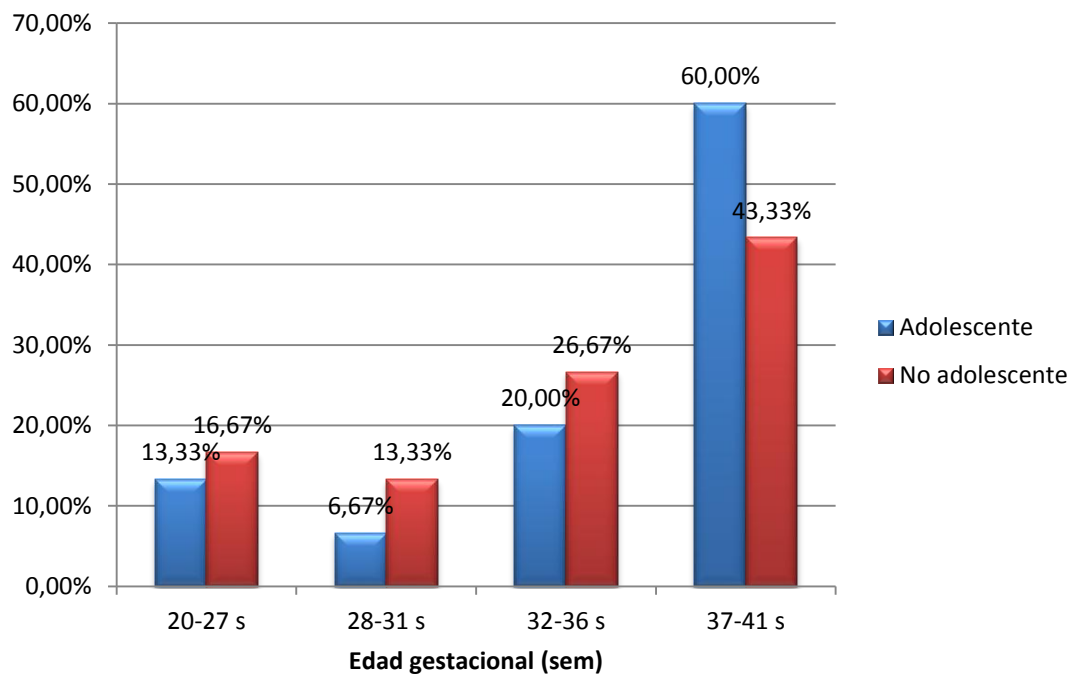
Fuente: Datos de la investigación

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra el momento de evaluación durante la gestación en las pacientes estudiadas. En ambos grupos la mayoría de evaluaciones se realizó entre las 32 y 41 semanas (80% en adolescentes, 70% en las no adolescentes), sin diferencias entre los grupos de estudio ($p > 0.05$), incluso cuando se comparan las edades gestacionales promedio (34.80 semanas en las adolescentes, 33.87 semanas en las no adolescentes; $p > 0.05$).

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 2

Distribución de gestantes según edad gestacional y grupo de estudio



Edad gestacional promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Adolescente: 34.80 ± 5.99 sem (20 – 40 sem)
- No adolescente: 33.87 ± 5.77 sem (21 – 41 sem)

Prueba t = 0.71

G. libertad = 88

p = 0.48

Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015

Tabla 3

Distribución de gestantes según paridad y grupo de estudio

Paridad	Adolescente		No adolescente	
	N°	%	N°	%
Nulípara	18	60.00%	10	16.67%
Primípara	10	33.33%	21	35.00%
Múltipara	2	6.67%	29	48.33%
Total	30	100.00%	60	100.00%

$\chi^2 = 22.17$ G. libertad = 2 $p < 0.05$

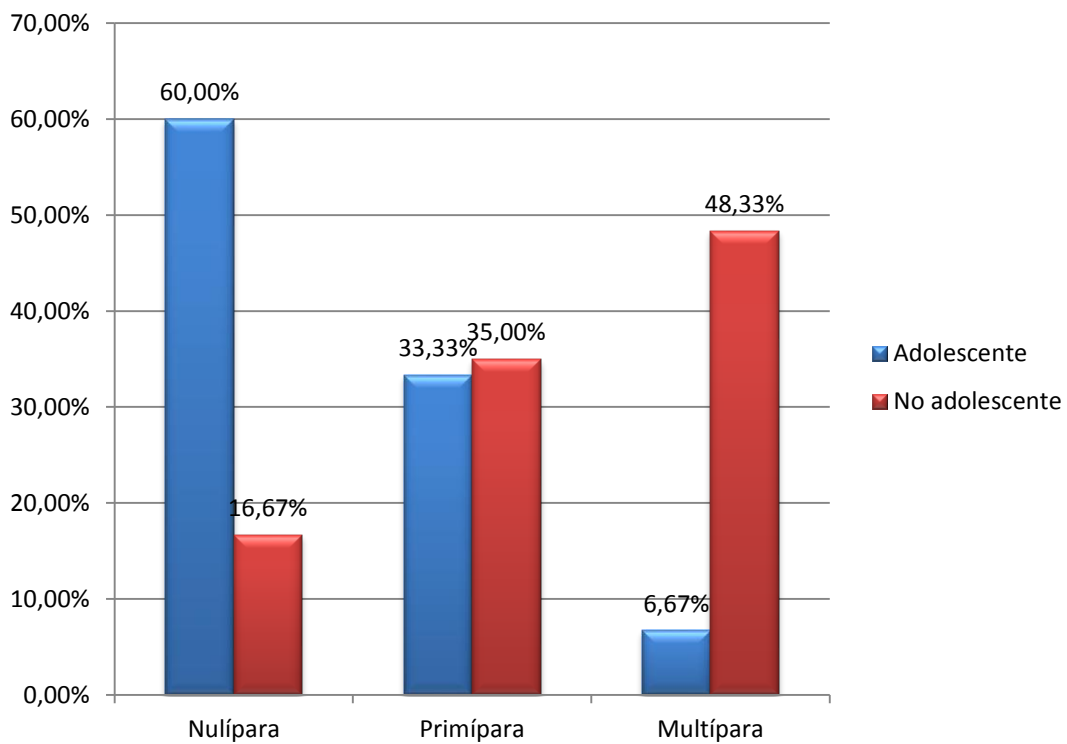
Fuente: Datos de la investigación

En la **Tabla y Gráfico 3** la paridad de las gestantes muestran que 60% de adolescentes fueron nulíparas y 33.33% primíparas, mientras que el 48.33% de madres no adolescentes fueron múltiparas y 35% primíparas, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$).

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 3

Distribución de gestantes según paridad y grupo de estudio



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Tabla 4

Distribución de gestantes según estado civil y grupo de estudio

E. civil	Adolescente		No adolescente	
	N°	%	N°	%
Soltera	10	33.33%	7	11.67%
Conviviente	19	63.33%	44	73.33%
Casada	1	3.34%	9	15.00%
Total	30	100.00%	60	100.00%

$\text{Chi}^2 = 7.71$ G. libertad = 2 $p = 0.02$

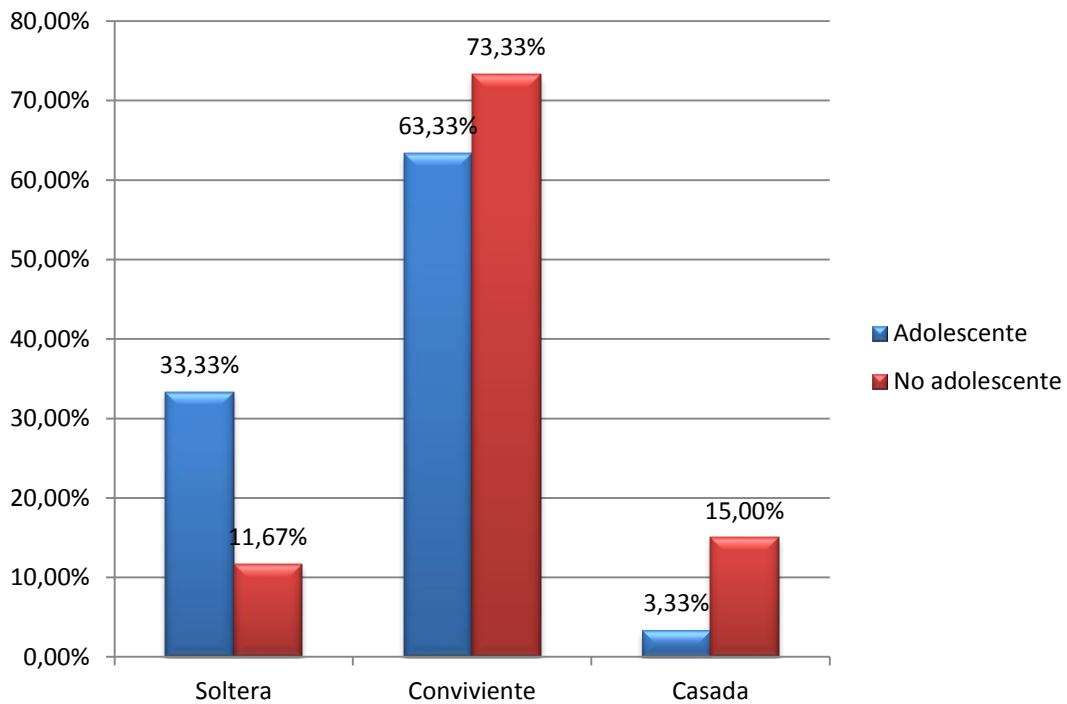
Fuente: Datos de la investigación

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra el estado civil de las gestantes; el 33.33% de adolescentes fueron solteras y 63.33% convivientes, con sólo 3.34% de casadas, mientras que las no adolescentes fueron en su mayoría convivientes (73.33%) y 15.00% fueron casadas, y sólo 11.67% solteras, diferencias que fueron significativas ($p < 0.05$).

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 4

Distribución de gestantes según estado civil y grupo de estudio



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015

Tabla 5

Distribución de gestantes según instrucción y grupo de estudio

Instrucción	Adolescente		No adolescente	
	N°	%	N°	%
Primaria	5	16.67%	5	8.33%
Secundaria	21	70.00%	31	51.67%
Superior	4	13.33%	24	40.00%
Total	30	100.00%	60	100.00%

$\chi^2 = 6.98$ G. libertad = 2 $p = 0.03$

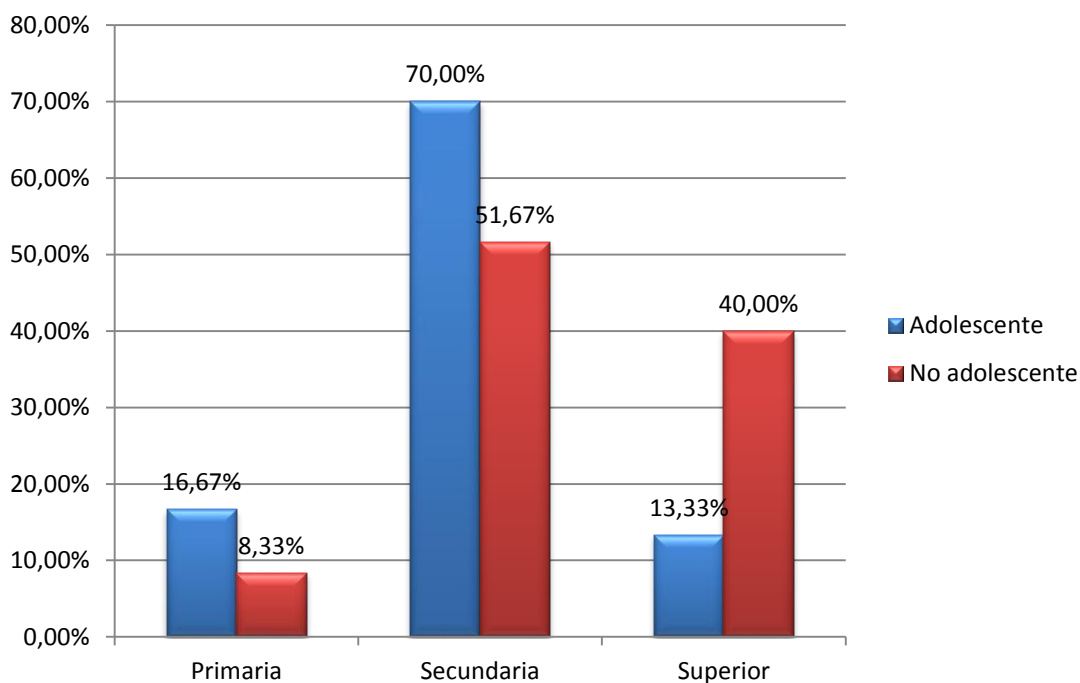
Fuente: Datos de la investigación

En la **Tabla y Gráfico 5** el grado de instrucción de las gestantes adolescentes fue en 70% secundaria y 16.67% primaria con 13.33% de educación superior, mientras que en las mujeres no adolescentes el 51.67% tuvieron educación secundaria y 40% instrucción superior, diferencias también significativas ($p < 0.05$).

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 5

Distribución de gestantes según instrucción y grupo de estudio



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Tabla 6

Distribución de gestantes según nivel de ansiedad y grupo de estudio

Ansiedad	Adolescente		No adolescente	
	N°	%	N°	%
A. leve	22	73.33%	38	63.33%
A. moderada	8	26.67%	19	31.67%
A. grave	0	0.00%	3	5.00%
Total	30	100.00%	60	100.00%

$\chi^2 = 1.97$ G. libertad = 2 $p = 0.37$

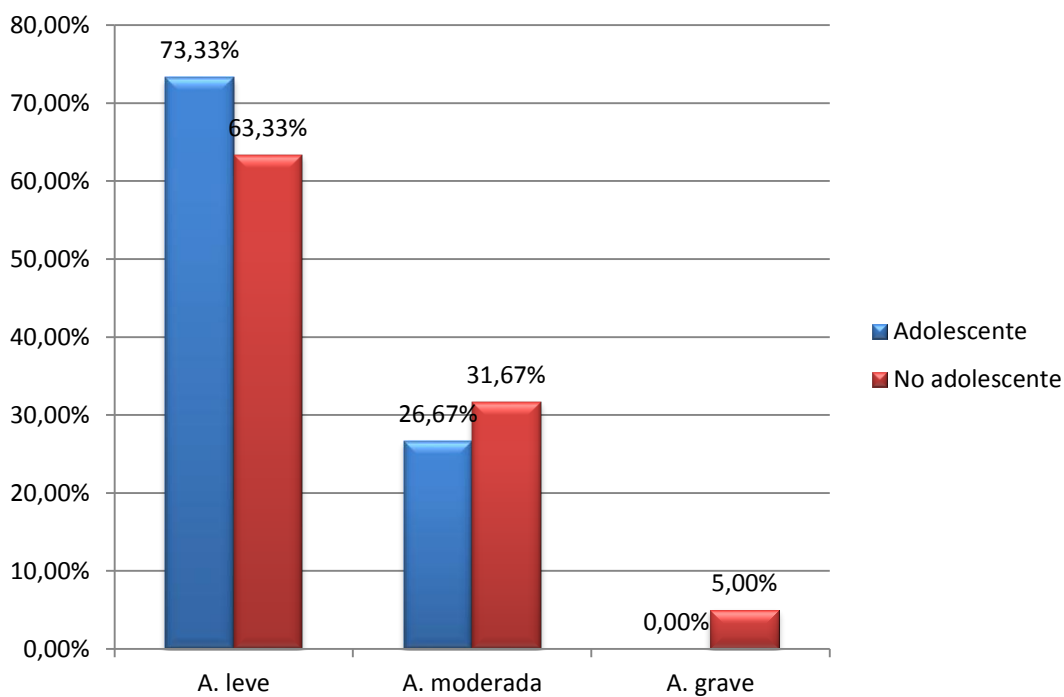
Fuente: Datos de la investigación

La **Tabla y Gráfico 6** muestran los resultados de la aplicación de test de ansiedad de Hamilton; todas las gestantes mostraron ansiedad, pero de rango leve en 73.33% en adolescentes y 63.33% en no adolescentes, encontrando ansiedad moderada en 26.67% y 31.67% respectivamente, y 5% de gestantes no adolescentes mostraron ansiedad grave, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 6

Distribución de gestantes según nivel de ansiedad y grupo de estudio



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Tabla 7

Distribución de gestantes según nivel de depresión y grupo de estudio

Depresión	Adolescente		No adolescente	
	N°	%	N°	%
No depresión	8	26.67%	21	35.00%
D. leve	18	60.00%	20	33.33%
D. moderada	1	3.33%	13	21.67%
D. severa	3	10.00%	5	8.33%
D. muy severa	0	0.00%	1	1.67%
Total	30	100.00%	60	100.00%

$\chi^2 = 8.68$ G. libertad = 4 $p = 0.07$

Fuente: Datos de la investigación

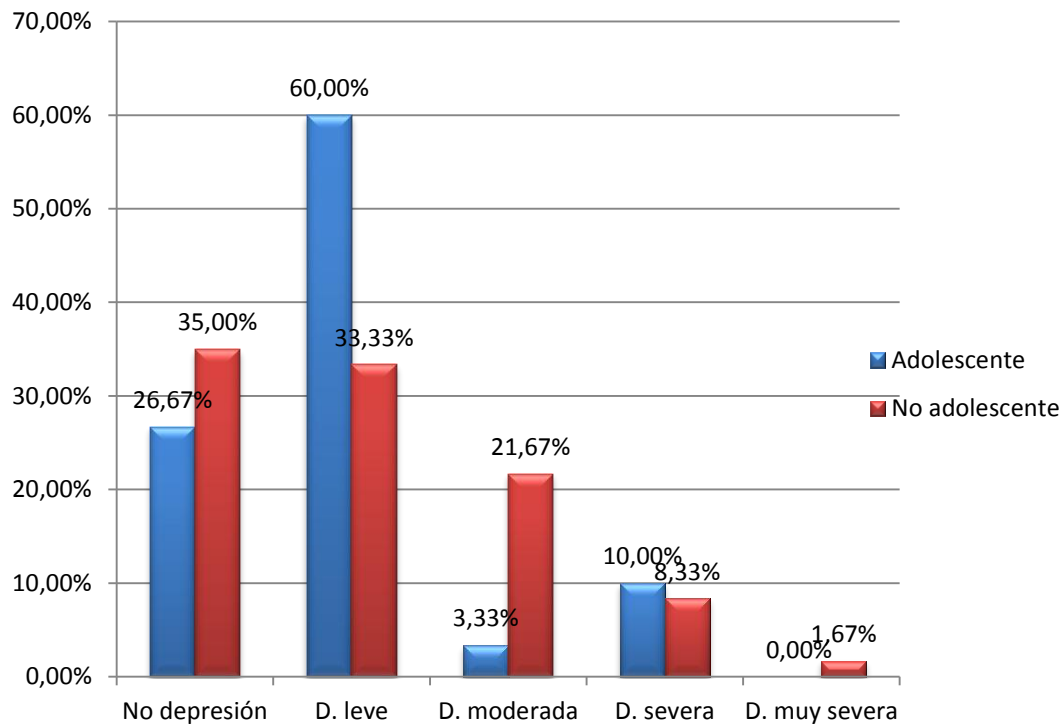
En la (Tabla y Gráfico 7) en cuanto a los niveles de depresión presentó depresión en 73.33% de madres adolescentes, y en 65% de madres no adolescentes, con niveles leves en 60% de adolescentes y en 33.33% de no adolescentes; el 13.33% de madres adolescentes presentaron depresión moderada a severa, lo que ocurrió en 30% de madres no adolescentes, entre las cuales se encontró depresión muy severa en un caso (1.67%); a pesar de ello, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y

NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015

Gráfico 7

Distribución de gestantes según nivel de depresión y grupo de estudio



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015

Tabla 8

Asociación del grado de instrucción de la madre con los niveles de ansiedad

Instrucción	Total	A. leve		A. moderada		A. grave	
		N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	10	3	30.00%	6	60.00%	1	10.00%
Secundaria	52	39	75.00%	13	25.00%	0	0.00%
Superior	28	18	64.29%	8	28.57%	2	7.14%
	90	60	66.67%	27	30.00%	3	3.33%

Chi² = 10.32 G. libertad = 4 p = 0.04

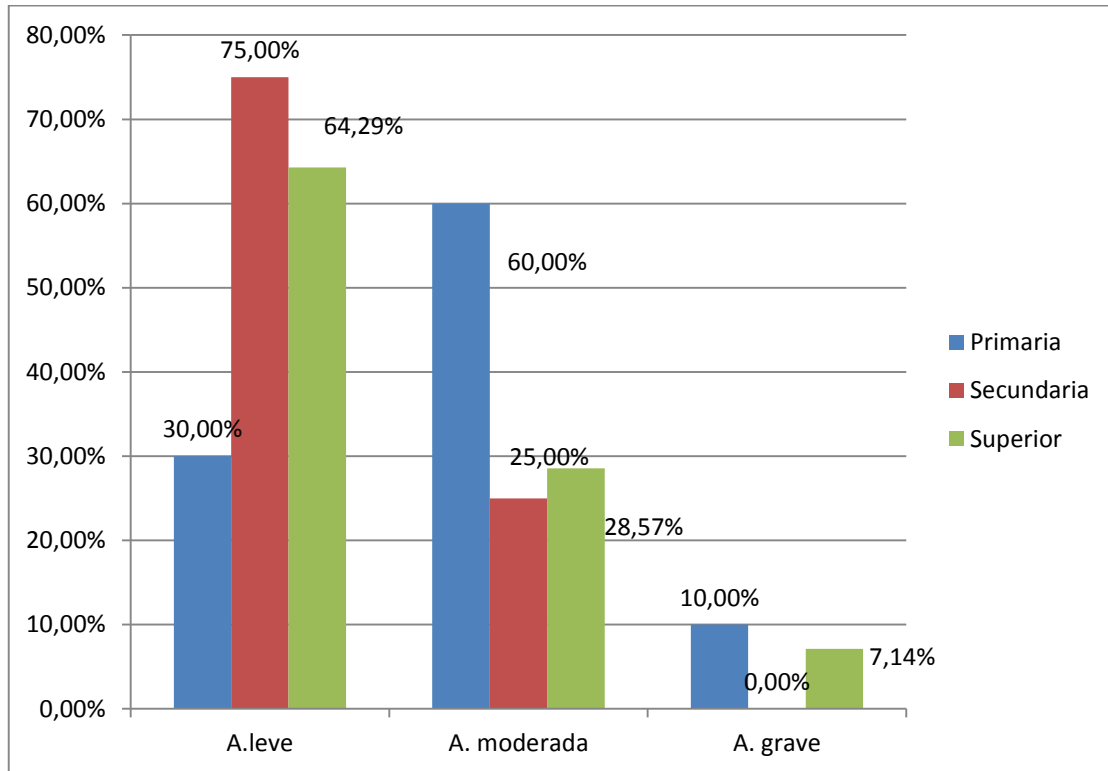
Fuente: Datos de la investigación

La **Tabla y Gráfico 8** muestran los resultados de la asociación del grado de instrucción con los niveles de ansiedad; todas las gestantes mostraron ansiedad, pero de rango leve en 75.00% en gestantes con nivel de instrucción secundaria, siendo el 64.29% superior y primaria en un 30%, en cuanto ansiedad moderada y grave en mayor porcentaje en el grado de instrucción primaria, con 60 % y 10% respectivamente; siendo la diferencia significativa ($p < 0.05$).

FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015

Gráfico 8

Asociación del grado de instrucción de la madre con los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015

Tabla 9

Asociación de la paridad de la madre con los niveles de ansiedad

Paridad	Total	A. leve		A. moderada		A. grave	
		N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	28	19	67.86%	9	32.14%	0	0.00%
Primípara	31	19	61.29%	10	32.26%	2	6.45%
Múltipara	31	22	70.97%	8	25.81%	1	3.23%
	90	60	66.67%	27	30%	3	3.33%

Chi² = 2.34 G. libertad = 4 p = 0.67

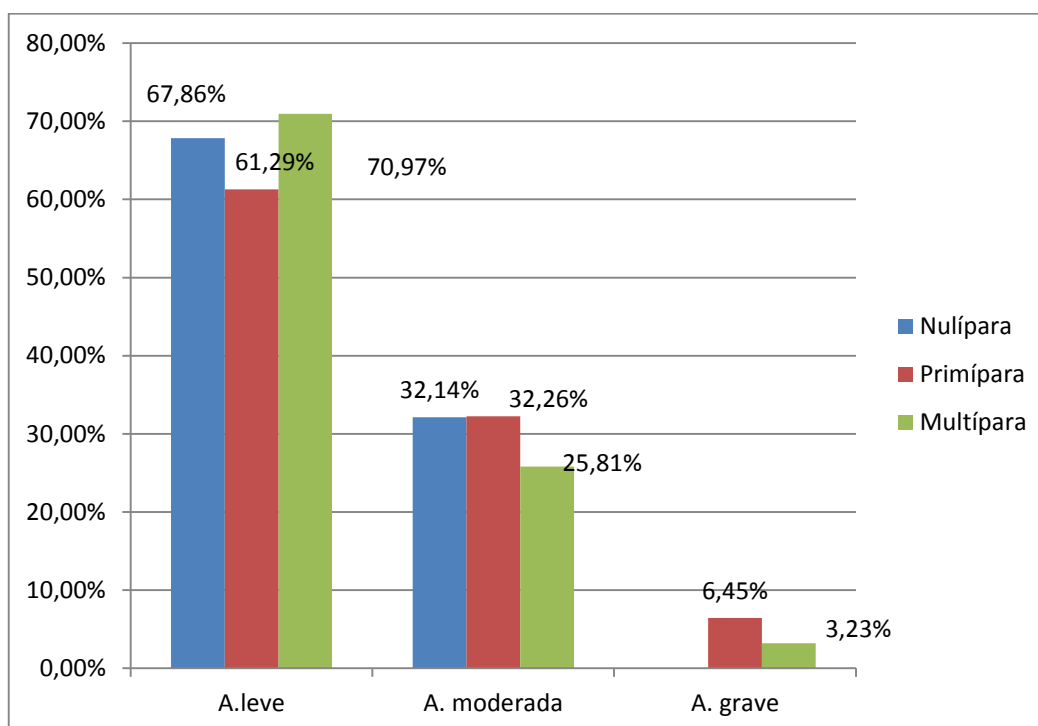
Fuente: Datos de la investigación

La **Tabla y Gráfico 9** muestran los resultados de la asociación de la paridad con los niveles de ansiedad, en un 70% de ansiedad leve en múltiparas, el 67% de ansiedad leve en nulíparas, el 32.26% de ansiedad moderada en primíparas, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 9

Asociación de la paridad de la madre con los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Tabla 10

Asociación del estado civil de la madre con los niveles de ansiedad

Estado civil	Total	A. leve		A. moderada		A. grave	
		N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	17	14	82.35%	3	17.65%	0	0.00%
Casada	10	6	60.00%	4	40.00%	0	0.00%
Conviviente	63	40	63.49%	20	31.75%	3	4.76%
	90	60	66.67%	27	30.00%	3	3.33%

Chi² = 3.34 G. libertad = 4 p = 0.50

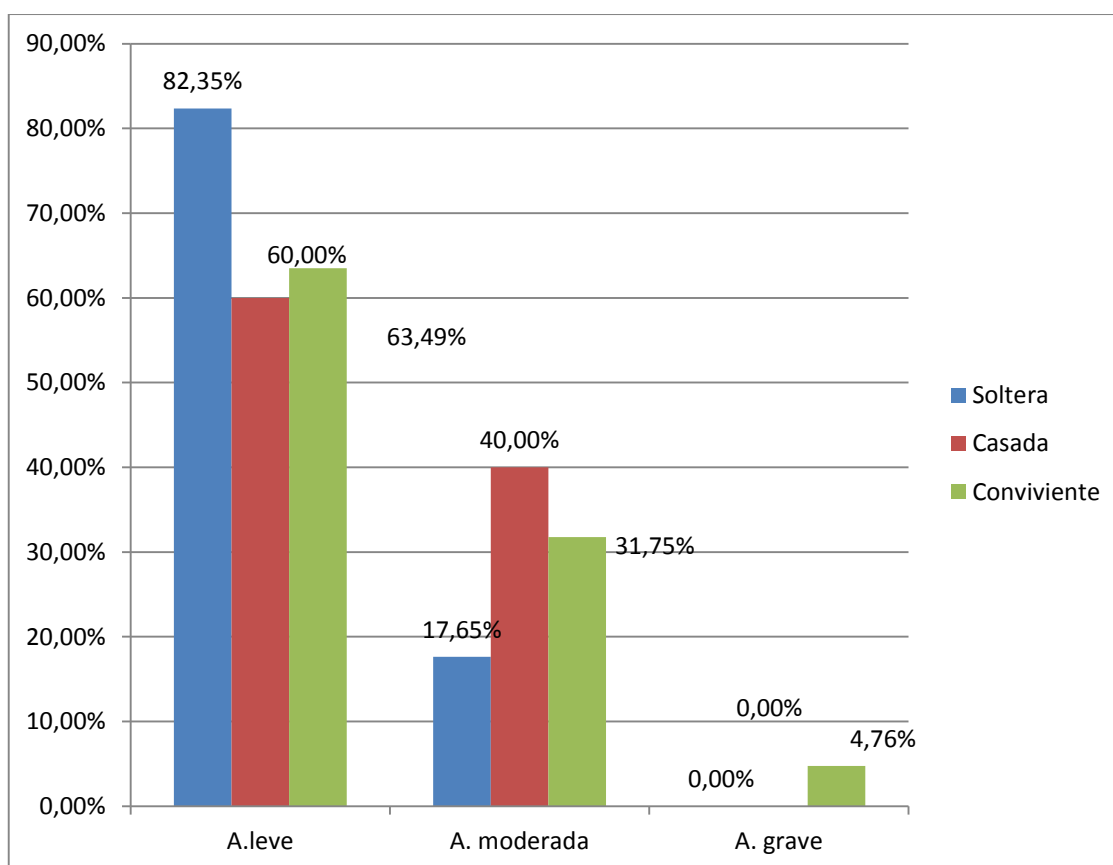
Fuente: Datos de la investigación

La **Tabla y Gráfico 10** muestran los resultados de la asociación del estado civil de la madre con los niveles de ansiedad, el 82.35% de gestantes solteras mostraron ansiedad leve, el 40% de casadas mostraron ansiedad moderada, el 4.76% de convivientes mostraron ansiedad grave, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$)

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 10

Asociación del estado civil de la madre con los niveles de ansiedad



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015

Tabla 11
Asociación de la paridad de la madre con los niveles de depresión

Paridad	Total	No depresión								D.muy severa	
		D. leve		D. moderada		D. severa					
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	28	11	39.29%	10	35.71%	4	14.29%	3	10.71%	0	0.00%
Primípara	31	7	22.58%	17	54.84%	5	16.13%	2	6.45%	0	0.00%
Múltipara	31	11	35.48%	11	35.48%	5	16.13%	3	9.68%	1	3.23%
	90	29	32.22%	38	42.22%	14	15.6%	8	8.89%	1	1.11%

Chi² = 5.49

G. libertad = 8

p = 0.70

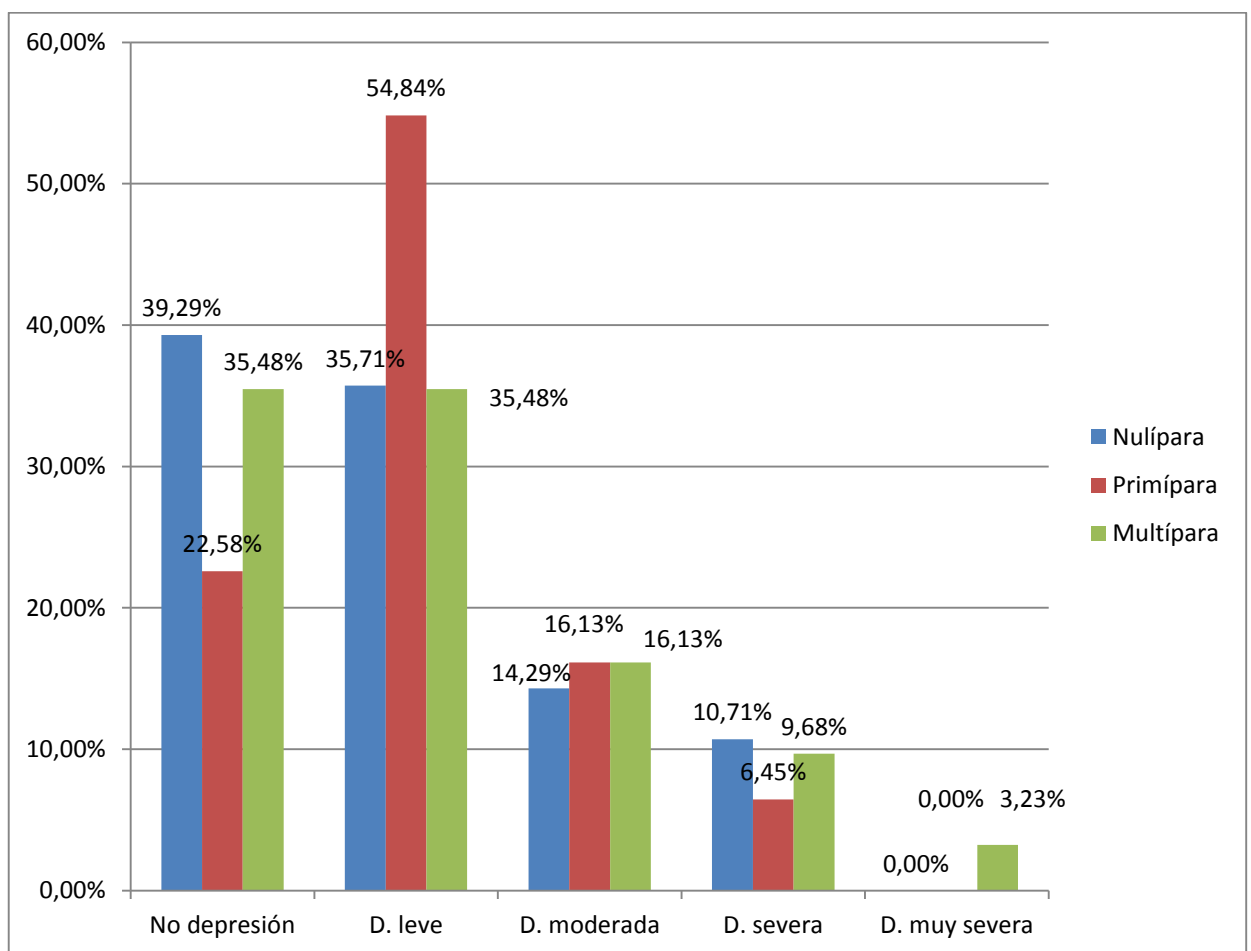
Fuente: Datos de la investigación

En la (Tabla y Gráfico 11) en cuanto a la asociación de la paridad de la madre con los niveles de depresión, un 54.84% de primíparas mostraron depresión leve, un 39.29, un 16.13% mostraron depresión moderada tanto en múltiparas como en primíparas; un 10.71% de gestantes nulíparas presentaron depresión severa, un 3.23% en gestantes múltiparas presentaron depresión muy severa, a pesar de ello, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 11

Asociación de la paridad de la madre con los niveles de depresión



Fuente: Elaboración propia

FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015

Asociación del estado civil de la madre con los niveles de depresión

Tabla 12

Estado civil	Total	No depresión		D. leve		D. moderada		D. severa		D. muy severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	17	5	29.41%	7	41.18%	2	11.76%	3	17.65%	0	0.00%
Casada	10	5	50.00%	4	40.00%	1	10.00%	0	0.00%	0	0.00%
Convivi- ente	63	19	30.16%	27	42.86%	11	17.46%	5	7.94%	1	1.59%
	90	29	32.22%	38	42.22%	14	15.6%	8	8.89%	1	1.11%

Chi² = 4.48 **G. libertad = 8** **p = 0.81**

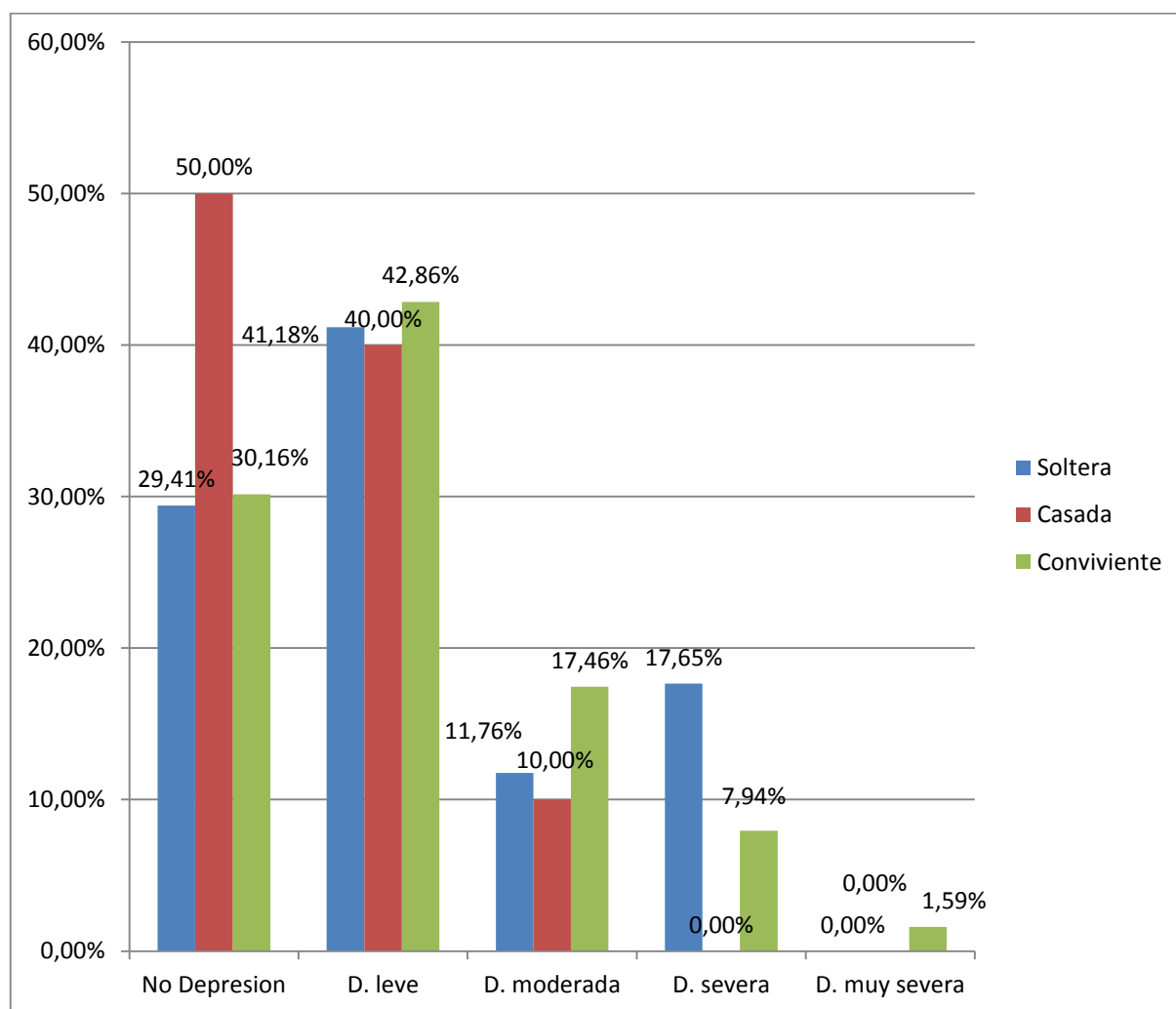
Fuente: Datos de la investigación

En la (Tabla y Gráfico 12) en cuanto a los niveles de depresión se encontró que en un 50% de gestantes casadas no presentaron depresión, un 42.86% de convivientes presento depresión leve y en un 17.46% depresión moderada ,mientras las gestantes solteras presentaron un 17.65% de depresión severa y solo 1.59% de gestantes convivientes presentaron depresión muy severa; a pesar de ello, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Gráfico 12

Asociación del estado civil de la madre con los niveles de depresión



Fuente: Elaboración propia

**FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y
NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015**

Tabla 13

Asociación del grado de instrucción de la madre con los niveles de depresión

N.Instrucción	Total	No depresión		D. leve		D. moderada		D. severa		D. muy severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	10	2	20.00%	3	30.00%	1	10.00%	4	40.00%	0	0.00%
Secundaria	52	17	32.69%	25	48.08%	8	15.38%	2	3.85%	0	0.00%
Superior	28	10	35.71%	10	35.71%	5	17.86%	2	7.14%	1	3.57%
	90	29	32.22%	38	42.22%	14	15.6%	8	8.89%	1	1.11%

Chi² = 16.61 G. libertad = 8 p = 0.03

Fuente: Datos de la investigación

En la (Tabla y Gráfico 13) en cuanto a Asociación del grado de instrucción de la madre con los niveles de depresión, se encontró que en un 48.08% de gestantes con nivel de instrucción secundaria presentaron depresión leve, mientras que el 40% de grado de instrucción primaria presentaron niveles de depresión severa; encontrándose un 3.57% de depresión muy severa en gestantes de nivel de instrucción superior, siendo la diferencia significativa ($p < 0.05$). Tanto para la ansiedad como para la depresión, el único factor asociado fue la instrucción baja ($p < 0.05$).

FRECUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ, 2015

Gráfico 13

Asociación del grado de instrucción de la madre con los niveles de depresión



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para caracterizar la frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná 2015. Se realizó la presente investigación debido a que ha sido ampliamente estudiado a nivel nacional e internacional hallando algunas discrepancias referentes a la frecuencia en la ansiedad y depresión en gestantes, el presente trabajo busca aclarar y encontrar alguna asociación entre la ansiedad y depresión tanto en gestantes adolescentes como en no adolescentes.

Durante el embarazo, sucede en la mujer una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos.

Para tal fin se aplicó a una muestra de gestantes adolescentes y no adolescentes una ficha de datos y la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la composición de la muestra estudiada. De las 90 gestantes incluidas en el estudio, un tercio fueron adolescentes entre los 14 y 19 años, con edad promedio de 17.73 años, y dos tercios fueron no adolescentes entre los 20 y 37 años, con edad promedio de 28.20 años.

Esto corroborado por Tejada, et al (2002) que al relacionar el nivel de depresión con la edad materna, observamos que la misma fue mayor en las adolescentes con edades comprendidas entre los 17 y 18 años.

Arias K (2012) Realizó una entrevista a una muestra de 40 gestantes adolescentes. Un 32,50% de gestantes de 18 años y 25% con 19 años, con un 5% de adolescentes de 15 años, la edad promedio fue de 17,53 años.

En comparación con estos estudios se puede evidenciar que la edad promedio en la frecuencia de gestantes adolescentes oscila es entre los 17 y 18 años. Se encuentra en el paso de la adolescencia y la entrada a la juventud que es la etapa de gestantes en edad reproductiva ideal.

Según muestran las cifras nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua 2011, en el Perú el 12.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas con el primer hijo.

En contraste con el estudio de Saji NA(2012) que de un total de 207 madres entrevistadas. La media de edad es de 30,81 años (rango 21 a 44 años).

En el presente estudio la edad promedio en gestantes no adolescentes fue de 28 años.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra el momento de evaluación durante la gestación en las pacientes estudiadas. En ambos grupos la mayoría de evaluaciones se realizó entre las 32 y 41 semanas (80% en adolescentes, 70% en las no adolescentes), sin diferencias entre los grupos de estudio ($p > 0.05$), incluso cuando se comparan las edades gestacionales promedio (34.80 semanas en las adolescentes, 33.87 semanas en las no adolescentes; $p > 0.05$).

En contraste con el estudio de Ladines PS (2004) Estudiándose una muestra aleatoria de 138 gestantes .Obteniéndose como resultado que la frecuencia de la ansiedad fue del 48,36%, la frecuencia de depresión fue mayor en el segundo

trimestre 67,7 %, a diferencia de los otros trimestres.

La paridad de las gestantes (**Tabla y Gráfico 3**) muestran que 60% de adolescentes fueron nulíparas y 33.33% primíparas, 6.67% multíparas, mientras que el 48.33% de madres no adolescentes fueron multíparas y 35% primíparas, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$).

En contraste con *Llerena Cárdenas F (2011)* De los 979 partos atendidos en el 2010 en Camaná, 166 (16,96%) fueron en adolescentes El 19,28% de gestantes eran multíparas.

El porcentaje en gestantes adolescentes en cuanto a paridad siempre es menor en gestantes multíparas adolescentes a diferencia de las no adolescentes.

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra el estado civil de las gestantes; el 33.33% de adolescentes fueron solteras y 63.33% convivientes, con sólo 3.34% de casadas, mientras que las no adolescentes fueron en su mayoría convivientes (3.33%) y 1% fueron casadas, y sólo 11.67% solteras, diferencias que fueron significativas ($p < 0.05$).

Esto corroborado por Llerena Cárdenas F (2010) El 79,52% de embarazos se dieron entre los 17 y 19 años, con el 20,48% de gestantes entre 14 y 16 años. La edad promedio de embarazo en adolescentes es de 17,61 años. El 65,06% fueron convivientes, 16,87% casadas y 18,07% solteras. El nivel de instrucción predominante fue de primaria (53,01%) con 7,23% de adolescentes analfabetas.

En contraste con el presente estudio en gestantes adolescentes donde el mayor porcentaje fueron solteras, mientras se mantienen en el mismo porcentaje en cuanto a convivencia.

El grado de instrucción de las gestantes adolescentes fue en 70% secundaria y 16.67% primaria con 13.33% de educación superior, mientras que en las mujeres no adolescentes el 51.67% tuvieron educación secundaria y 40% instrucción superior, diferencias también significativas ($p < 0.05$), como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 5**.

Según ENDES 2011.-Los mayores porcentajes de adolescentes embarazadas se presentan entre las mujeres con educación primaria (33.9%) y entre las que se encuentran en el quintil de riqueza inferior (22.4%). Mientras que los menores porcentajes se ubican entre quienes tienen educación superior y pertenecen al quintil superior de riqueza (8.6 y 2.5, respectivamente).

En contraste con el estudio de Llerena Cárdenas F (2011) De los 979 partos atendidos en el 2010 en Camaná, 166 (16,96%) fueron en adolescentes. El nivel de instrucción predominante fue de primaria (53,01%) con 7,23% de adolescentes analfabetas.

Encontramos una diferencia en ambos estudios siendo en el presente estudio el nivel de instrucción secundaria en mayor porcentaje, y no se evidencia ningún porcentaje de adolescentes analfabetas.

La **Tabla y Gráfico 6** muestran los resultados de la aplicación de test de ansiedad de Hamilton; todas las gestantes mostraron ansiedad, pero de rango leve en 73.33% en adolescentes y 63.33% en no adolescentes, encontrando ansiedad moderada en 26.67% y 31.67% respectivamente, y 5% de gestantes no adolescentes mostraron ansiedad grave, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

Se evidencia en el estudio de Arias K (2012) donde El 30% de gestantes adolescentes mostro un nivel de ansiedad; 67,50% presentó ansiedad moderada y 2,50% ansiedad grave. Los puntajes de ansiedad van disminuyendo paulatinamente desde los 15 años (28,50 puntos, depresión grave) a 22,62 puntos a los 16 años ,18 puntos a los 17 años y 19,54 puntos a los 18 años (ansiedad moderada), siendo de 14,40 puntos promedio a los 19 años (ansiedad leve).Esta asociación fue significativa (ANOVA; $P < 0,05$).

En ambos estudios se evidencia grados de ansiedad, en el presente estudio se encontró tanto en gestantes adolescentes como en no adolescentes niveles de ansiedad.

Durante el embarazo, sucede en la mujer una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos

En cuanto a los niveles de depresión (**Tabla y Gráfico 7**), se presentó depresión en 73.33% de madres adolescentes, y en 65% de madres no adolescentes, con niveles leves en 60% de adolescentes y en 33.33% de no adolescentes; el 13.33% de madres adolescentes presentaron depresión moderada a severa, lo que ocurrió en 30% de madres no adolescentes, entre las cuales se encontró depresión muy severa en un caso (1.67%); a pesar de ello, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Trejo et al (2009) encontró en su estudio que: En cuanto a la escala de depresión según la edad con respecto a la media; 13 gestantes adolescentes presentan cuadro de depresión moderara el cual está dentro de los 18 años de edad; por otro lado ,10 gestantes adolescentes presentan depresión ligera las cuales están dentro de la edad de 19 años.

Se evidencio en Trejo-Lucero H y cols(2009) La depresión fue más frecuente en adolescentes de 17 años. La depresión fue calificada como leve en 64%, y 18% mencionaron violencia por su pareja.

En el estudio de **Arias K (2012)** El 85% de gestantes presento depresión, siendo ligera en 32,50%, moderada en 25%, severa en 20% y muy severa en 17,50% de gestantes. Los puntajes de depresión disminuyen con la edad, siendo los puntajes más elevados a los 15 años (24 puntos, depresión muy severa) y menos a los 16 años (29,43 puntos depresión severa) de 12,57 puntos a los 17 años (dep. ligera), o de 15,46 puntos a los 18 años y de 14,90 puntos a los 19 años (depresión moderada), la relación con la edad fue también significativa (ANOVA; $P < 0,05$).

Se puede evidenciar en contraste con los otros estudios una mayor frecuencia en cuanto a depresión leve en gestantes adolescentes, el embarazo sobre todo en la adolescencia es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre.

No sin antes no dejar de lado la importancia en cuanto a gestantes no adolescentes ya que en el presente estudio se evidenció que de en 30% de madres no adolescentes, entre las cuales se encontró depresión muy severa en un caso (1.67%).Mientras que en las gestantes adolescentes no se evidencio casos de depresión severa más si en mayor porcentaje de depresión leve en cuanto a las gestantes no adolescentes sin embargo las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

La **Tabla y Gráfico 8** muestran los resultados de la asociación del grado de instrucción con los niveles de ansiedad; todas las gestantes mostraron ansiedad, pero

de rango leve en 75.00% en gestantes con nivel de instrucción secundaria, siendo el 64.29% superior y primaria en un 30%, en cuanto ansiedad moderada y grave en mayor porcentaje en el grado de instrucción primaria, con 60 % y 10% respectivamente; siendo la diferencia significativa ($p < 0.05$).

La **Tabla y Gráfico 9** muestran los resultados de la asociación de la paridad con los niveles de ansiedad, en un 70% de ansiedad leve en multíparas, el 67% de ansiedad leve en nulíparas, el 32.26% de ansiedad moderada en primíparas, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

La **Tabla y Gráfico 10** muestran los resultados de la asociación del estado civil de la madre con los niveles de ansiedad, el 82.35% de gestantes solteras mostraron ansiedad leve, el 40% de casadas mostraron ansiedad moderada, el 4.76% de convivientes mostraron ansiedad grave, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

En el estudio de Saji NA(2012) Los porcentajes del estado civil son 3,1% ,43.8% y 53.1% para los estados de soltera, casada y conviviente respectivamente. Los factores de riesgo asociados a depresión son: Problemas conyugales o insatisfacción marital

En la (**Tabla y Gráfico 11**) en cuanto a la asociación de la paridad de la madre con los niveles de depresión, un 54.84% de primíparas mostraron depresión leve, un 39.29, un 16.13% mostraron depresión moderada tanto en multíparas como en primíparas; un 10.71% de gestantes nulíparas presentaron depresión severa, un 3.23% en gestantes multíparas presentaron depresión muy severa, a pesar de ello, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

En la **(Tabla y Gráfico 12)** en cuanto a los niveles de depresión se encontró que en un 50% de gestantes casadas no presentaron depresión, un 42.86% de convivientes presentó depresión leve y en un 17.46% depresión moderada, mientras las gestantes solteras presentaron un 17.65% de depresión severa y solo 1.59% de gestantes convivientes presentaron depresión muy severa; a pesar de ello, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

En la **(Tabla y Gráfico 13)** en cuanto a Asociación del grado de instrucción de la madre con los niveles de depresión, se encontró que en un 48.08% de gestantes con nivel de instrucción secundaria presentaron depresión leve, mientras que el 40% de grado de instrucción primaria presentaron niveles de depresión severa; encontrándose un 3.57% de depresión muy severa en gestantes de nivel de instrucción superior, siendo la diferencia significativa ($p < 0.05$).

Tanto para la ansiedad como para la depresión, el único factor asociado fue la instrucción baja ($p < 0.05$).

En el estudio de Prieto Silvia(2008)La depresión durante el embarazo afecta al 15% de las mujeres y al 4% de las parejas. El bajo apoyo social incrementa el riesgo de depresión preparto en las mujeres. La probabilidad de padecer depresión durante el embarazo aumenta en aquellas mujeres que no tienen un trabajo remunerado. Las multíparas tienen un mayor riesgo de depresión durante el embarazo. Las mujeres que no tienen estudios universitarios, ni aquellas cuyas parejas tampoco tengan, las mujeres de más de 33 años como las que sus parejas tienen más de 33 años y aquellas que realizan todas o casi todas las tareas domésticas tienen mayor probabilidad de depresión durante el tercer trimestre de gestación, sin embargo la asociación se encuentra en el límite de la significación estadística.

En el estudio de Saji NA(2012) . De un total de 207 madres entrevistadas, 64 de ellas, que presentan el 30.9% presentaron depresión postparto según el test de Edimburgo. La media de edad es de 30,81 años (rango 21 a 44 años). Los porcentajes de grado de instrucción en madres deprimidas son 6.3%, 28,1%, 9.4% y 56,4% para primaria, secundaria, superior incompleta y superior completa respectivamente.

Se evidencia en relación con otros estudios que a menor grado de instrucción mayor grado de depresión y ansiedad, en forma de una relación directa.

En contraste con el estudio de Llerena Cárdenas F (2011) De los 979 partos atendidos en el 2010 en Camaná, 166 (16,96%) fueron en adolescentes. El nivel de instrucción predominante fue de primaria (53,01%) con 7,23% de adolescentes analfabetas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera.

Se encontró frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes del hospital de Apoyo Camaná hubo ansiedad en todas las gestantes adolescentes de predominio leve (73.33 %), y en ellas hubo depresión en un 73,33%, a predominio leve (60%).

Segunda.

En cuanto a la frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes no adolescentes del hospital de Apoyo Camaná, hubo ansiedad en todas las gestantes de predominio leve (63.33 %), y en ellas hubo depresión en 65% de casos, a predominio leve (33.33%)

Tercera.-

No hubo diferencias significativas en la frecuencia y severidad de ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná.

Cuarta.-

Los factores asociados fueron la instrucción baja, estado civil, paridad, encontrándose diferencias significativas ($p < 0.05$). Tanto para gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná.

RECOMENDACIONES

Primera:

Se recomienda a los médicos asistentes del departamento de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná en conjunto con el servicio de psicología, referir a los especialistas respectivos, a madres que presentan alguna sospecha o síntoma depresivo o ansioso severo, para que sean intervenidas de manera precoz.

Segunda:

Brindar información acerca de los cambios que suceden durante la etapa gestacional mediante la consulta obstétrica, nos permitirá establecer un diagnóstico adecuado y así derivar oportunamente a la paciente a su consulta con psicología.

Tercera:

Realizar estudios comparativos acerca de ansiedad y depresión que se puede presentar durante la gestación y post parto en la población adolescente y no adolescente.

Cuarta:

Se recomienda a las Autoridades del Hospital de Apoyo de Camaná que realice las gestiones para implementar, el servicio de psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomez-Sotelo A et al. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Rev. salud pública, 2012;14(2):189-199.
2. INEI - Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua, 2009. Informe Principal. Lima: INEI, mayo de 2010. p. 88. Disponible en: <http://www.promsex.org/EstadisticasenSSyRRadolescentes.pdf>
3. Lam N, Contreras H, Mori E y cols. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. R Rev Perú epidemiol 2010; 14 (3): 1-8
4. Dominguez-Anaya R, Herazo-Beltran Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009: Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol 2011;.62 (2):141-147 .
5. Menendez Guerrero G, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodriguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol, 2012;38(3): 333-342 .
6. Gomez-Sotelo A et al. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Rev. salud pública, 2012; 14(2): 189-199.
7. Freyre R. Embarazo en Adolescentes. Editorial Omega. Barcelona – España, 1998.

8. Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev. chil. obstet. ginecol. 2012;77(2):122-128 .
9. Kaplan H, Sandock B, Cancro R. Tratado de psiquiatría. 2da. edición. Salvat Editores: Barcelona, España, 1998; p. 1742.
10. Diaz M, Amato R, Chávez Jg y cols. Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus online. Disponible en: <http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/salus2013/17-2/DEPRESION.pdf>
11. Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de León AL. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. Ginecol Obstet Mex 2010;78(1):53-57
12. Gorrita RR, Barcenas Y, Gorrita Y, Brito B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr, 2014; 86(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-7531.
13. Llerena F. Características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes consultantes del Hospital de Apoyo Camaná. Arequipa 2010. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2011
14. Arias K. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes controladas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz-Zamacola Arequipa ,2012. Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2012.

15. Chavez EP, Lalich GR. Prevalencia de depresión post-parto en mujeres que acuden al Puesto de Salud Peruarbo de Zamacola, Arequipa 2012. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería, Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, 2012.
16. Saji NA. Factores de riesgo de la depresión postparto en puerperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Cusco 2012. Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2012.
17. Ladines PS. Frecuencia de los Niveles de Ansiedad - Depresión Según Trimestres del Embarazo en Gestantes Atendidas en el Hospital de Apoyo I Santa Rosa - Piura. Piura, Enero – Junio 2004. Tesis Presentada para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia – 2004. Universidad de Tumbes. 2004
18. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2010;48(4):269-278
19. Trejo-Lucero H, Torrez-Perez J, Medina-Jimenez MA y cols. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Rev Mex Ped, 2009;76(1);9-12
20. Friedman. Manual diagnóstico médico. Elsevier, España, 2004.
21. Coropuna M, Rodríguez M. Relación entre dinámica familiar y niveles de depresión en adolescentes de 16 a 18 años provenientes de familias nucleares del distrito de Cerro Colorado. Perú; UNSA, 1998.

22. Pérez A, Medina C, Alcaraz M, Berenguer M. Factores sociales asociados al embarazo en el área de salud “28 de septiembre”:. Policlínico Docente 28 de Septiembre. MEDISAN, 2001;5(1):31-34
23. Ceballos M, Sandoval L, Jaimes E, Madera J, Francisco Y, Arias F. Depresión durante el embarazo, Epidemiología en Mujeres Mexicanas. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc, 2010;48 (1) : 71-74
24. Cubedo R Ansiedad. Disponible en:
<http://www.nci.nih.gov/español/pdq/cuidados-médicos-apoyo/ansiedad/Patient/page2>
25. Alarcón R. y col. Psiquiatría. 2da Edición. Editorial manual moderno;2005: 641
26. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Medica. 2002. 7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) pp:69
27. Asociación Americana de Psiquiatría del DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos;2014 :17-18
28. Shelton, R .Management of major depressive disordersfollowing failure ofantidepressant treatment. Primary Psichiatry 2006(4): 73-82.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Grupo de estudio: Adolescente No adolescente

Edad: _____ años Edad gestacional: _____ sem

Paridad: _____ partos previos

Estado civil Soltera Casada Conviviente otro

G. instrucción: Ilustrada primaria secundaria superior

Observaciones:

.....

.....

Anexo 2: Escala de Ansiedad de Hamilton

Estimada usuaria:

Soy egresada de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María y estoy realizando un estudio anónimo. Se le solicita lea cuidadosamente cada afirmación y luego marque con una X lo que describe mejor lo que ha sentido en los últimos días, las respuestas son personales.

Agradezco su colaboración.

	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD					
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9. Síntomas cardiovasculares.					

<p>Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.</p>					
<p>10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.</p>					
<p>11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.</p>					
<p>12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>					
<p>13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p>					
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>					

Anexo. Escala de Depresión de Hamilton

Estimada usuaria:

Soy egresada de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María y estoy realizando un estudio anónimo. Se le solicita lea cuidadosamente cada afirmación y luego marque con una X lo que describe mejor lo que ha sentido en los últimos días, las respuestas son personales.

Agradezco su colaboración.

1.- Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad):

- Ausente
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- Estas sensaciones las relata espontáneamente
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2.- Sentimientos de culpa:

- Ausente
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- Siente que la enfermedad actual es un castigo
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3.- Suicidio:

- Ausente
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- Ideas de suicidio o amenazas

- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4.- Insomnio precoz:

- No tiene dificultad
- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- Dificultad para dormir cada noche.

5.- Insomnio intermedio:

- No hay dificultad
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

6.- Insomnio tardío:

- No hay dificultad
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7.- Trabajo y actividades:

- No hay dificultad
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- Pérdida de interés en su actividad (dis. de la atención, indecisión y vacilación)
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o dis. de la productividad
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8.- Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- Palabra y pensamiento normales
- Ligero retraso en el habla
- Evidente retraso en el habla
- Dificultad para expresarse
- Incapacidad para expresarse

9.- Agitación psicomotora:

- Ninguna
- Juega con sus dedos
- Juega con sus manos, cabello, etc.
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

10.- Ansiedad psíquica:

- No hay dificultad
- Tensión subjetiva e irritabilidad
- Preocupación por pequeñas cosas
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- Expresa sus temores sin necesidad que le pregunten

11.- Ansiedad somática (Signos físicos de ansiedad tales como:

Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.

Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- Ausente
- Ligera
- Moderada
- Severa
- Incapacitante

○

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales:

- Ninguno
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen
- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13.- Síntomas somáticos generales:

- Ninguno
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, dolores musculares. Pérdida de energía y
- fatigabilidad (cansancio fácil).
- Cualquier síntoma bien definido

14.- Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- Ausente
- Débil
- Grave

15.- Hipocondría:

- Ausente
- Preocupado de si mismo (corporalmente)
- Preocupado por su salud
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16.- Pérdida de peso:

- Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana
- Pérdida de más de 500 gramos en una semana
- Pérdida de más de 1 kg. en una semana

17.- Introspección (insight):

- Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- No se da cuenta que está enfermo

Anexo . Consentimiento informado

Fecha.....

Yo.....identificado con DNI N°
..... he sido informado por la Srta. Lizeth Marilú Calloapaza Salazar
acerca de la participación en el estudio “Frecuencia de la ansiedad y depresión entre
gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná,
2015”

El estudio consiste en la aplicación de encuestas anónimas, para conocer mi estado de
ánimo y saber si presento ansiedad o depresión.

Me ha informado que los resultados del estudio y los datos que proporcione serán
completamente anónimos y usados exclusivamente para el presente estudio, luego de
lo cual serán eliminados.

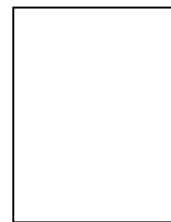
He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas
y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me
aplique los cuestionarios, teniendo pleno conocimiento de la utilidad del estudio.

.....
Firma del paciente o responsable legal

Nombre.....

DNI.....



.....
Firma de la investigadora

Nombre.....

DNI.....

Anexo 1

Proyecto de investigación

I. PREÁMBULO

El embarazo en la adolescencia es un serio problema que actualmente constituye una preocupación para la salud pública. La adolescencia periodo entre 10 y 19 años, es de especial importancia y riesgo con respecto al desarrollo psicológico. Esta fase de la vida es caracterizada por un cambio rápido en el comportamiento del individuo y por la flexibilidad de la estructura psíquica.

El embarazo en la adolescente es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre. Esto trae como consecuencia una serie de situaciones como el aumento poblacional y la posibilidad de que la madre adolescente tenga una familia numerosa lo cual repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos .Sin embargo esta situación trae consigo también un fuerte impacto en la emocionalidad de la adolescente gestante, siendo probable también la presencia de problemas emocionales, dentro de ellos ansiedad y depresión (21)

Durante el desarrollo de mis prácticas pre profesionales, se ha observado la presencia de problemas emocionales en la adolescentes gestantes en comparación de las gestantes no adolescentes, por lo que en busca de la asociación entre estos hechos, y se ha decidido la realización de la presente investigación. Lo que se pretende es contribuir a incrementar el conocimiento sobre este tema, que es generalmente ha sido abordado respecto a sus causas y consecuencias y no de manera específica como las consecuencias emocionales que el estado de gestación trae consigo para estas adolescentes.

Esto debido al mayor riesgo para la salud de las madres y para el recién nacido, y al mayor riesgo social al aparecer familias cuyos integrantes, cuando están juntos, disminuyen sus posibilidades de desarrollo, y en el caso de abandono de la madre, un bajo nivel educativo de las mujeres, con mayor pobreza y menor oportunidad de progreso (1).

La adolescencia es una etapa importante del desarrollo del ser humano, donde se producen cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y culturales que tendrán repercusión a largo plazo. El lograr una adecuada salud y un nivel de información sobre prevención en este grupo de edad, puede cambiar el perfil epidemiológico de la salud en el Perú y puede influir en el desarrollo futuro de la población.

El porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas es de 12.5%, según el ENDES 2009. De ellas, el 9.9% son madres y el 2.6% restante, están gestando por primera vez. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25 % de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciadas de las primeras relaciones sexuales. Según muestran las cifras nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Continua 2011, en el Perú el 12.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas con el primer hijo. La mayor prevalencia de embarazo adolescente se encuentra en el área rural del país (19.7%) y las regiones de la selva (25.3%). Los mayores porcentajes de adolescentes embarazadas se presentan entre las mujeres con educación primaria (33.9%) y entre las que se encuentran en el quintil de riqueza inferior (22.4%). Mientras que los menores porcentajes se ubican entre quienes tienen educación superior y pertenecen al quintil superior de riqueza

(8.6 y 2.5, respectivamente). Los departamentos con mayor proporción de madres adolescentes son Loreto (30.0%), Madre de Dios (27.9%), Amazonas (21.4%), San Martín (21.2%) y Ucayali (24.9%). (2)

Constituyen por tanto un segmento importante de la población en la que es importante el diseño de estrategias para prevenir los embarazos no deseados (2). En Camaná es un fenómeno frecuente el encontrar gestantes adolescentes.

El embarazo en esta etapa puede acarrear problemas en el entorno personal, familiar, y social de la gestante, además de los mayores riesgos en su salud física, con el desarrollo de ansiedad y/o de depresión. Sin embargo, es posible que este problema sea mayor que en gestantes en edad reproductiva ideal.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Campo: Ciencias de la Salud
- Área : Salud Publica
- Línea: Psiquiatría

b) Operacionalización de Variables

CUADRO 01

Variable	Indicador	Sub indicador
Gestantes	Adolescente No adolescente	Edad Paridad Edad gestacional Estado civil Nivel de instrucción
Ansiedad	Respuesta a escala de Hamilton	Sin ansiedad, leve, moderada, grave, muy grave
Depresión	Respuesta a escala de Hamilton	No depresión, ligera, moderada, severa, muy severa

c) Interrogantes básicas: Las interrogantes básicas que se pretenden responder en la presente investigación son las siguientes:

- 1) ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015?
- 2) ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015?
- 3) ¿Existen diferencias en la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015?

d) Tipo de investigación:

Por la naturaleza del problema se trata de una investigación observacional comparativa y de corte transversal.

- e) **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio descriptivo.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer la frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná 2015, se justifica por: Se conoce que la adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven, una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer, operándose una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. Sin embargo, esta situación trae consigo también un fuerte impacto en la emocionalidad de la gestante adolescente siendo posible también la presencia de problemas emocionales dentro ellos ansiedad y depresión. De allí también la conveniencia de la presente investigación y que esta sirve, pues incrementa el conocimiento médico y científico sobre este importante tema.

Se considera que la presente investigación es válida pues resulta muy importante conocer a la gestante adolescente y no adolescente y si presentan diferencias en cuanto a ansiedad y depresión durante el desarrollo de su gestación ya que se trata de un hecho relevante debido a que el embarazo sobre todo en la adolescencia es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre.

Siendo el embarazo en adolescentes y la depresión problemas de salud

pública, no solo asociados a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo(20), que no han sido abordados en forma conjunta en el Hospital de Apoyo Camaná, nuestro estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que se aplica conceptos de salud mental en un grupo poblacional con problemas específicos pues significa un aporte, es decir, un nuevo conocimiento e identificar la frecuencia de los cuadros ansiosos y depresivos que estas presentan, en el servicio de gineco obstetricia del Hospital de Apoyo - Camaná 2015, lo que puede ser comprobado en cualquier momento, tiene **relevancia práctica** porque permitirá identificar las diferencias en la ansiedad y depresión en gestantes adolescentes y gestantes no adolescentes y si la adolescencia constituye un factor que incrementa los problemas de salud mental en las gestantes para establecer estrategias más agresivas en este grupo poblacional. Tiene **relevancia social**, ya que mejorará la salud mental de un grupo especial de la población que va en aumento.

El estudio es **contemporáneo** ya que el embarazo en adolescentes y la depresión son problemas de salud pública de permanente presentación

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con una población disponible y con instrumentos validados.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el campo de la psiquiatría, lograremos una importante

contribución académica al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. Marco conceptual

2.1. Embarazo en la Adolescencia

La adolescencia es una etapa comprendida entre la niñez y la adultez, la cual se caracteriza por ser un período de grandes transformaciones de carácter intelectual, físico y emocional, destacando la aceleración del desarrollo corporal y el aumento de los requerimientos psicosociales; los jóvenes comienzan a independizarse de los padres, a relacionarse con sus contemporáneos y a adquirir una responsabilidad social-básica (22), volviéndose susceptible de afrontar diversos problemas de salud como el embarazo precoz, el cual es relativamente frecuente en nuestros días (1).

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. (2)

La OMS considera como embarazo de riesgo, el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo (1).

2.1.1. Epidemiología

Según la OMS se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas

entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en vías de desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (1).

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares (3, 4).

2.1.2 Consecuencias del embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia se transforma en un problema de salud pública importante por el costo biológico y psicosocial que implica. El embarazo de la adolescente, en oportunidades, no es un hecho sorprendente, sino que buscado conscientemente como reacción a la falta de cariño, afecto y comunicación con el medio familiar. Las jóvenes que se embarazan por estos motivos presentan una fuerte disminución de su autoestima; el embarazo es buscado con la falsa percepción de encontrar libertad y de obtener un objeto de amor que realmente les pertenezca.

El embarazo se presenta, frecuentemente, en adolescentes de coeficiente intelectual normal, pero con gran ignorancia sobre el proceso reproductivo humano; experiencia que se ha comprobado tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados (4).

El puerperio en la adolescente es muy complejo, por los problemas de orden perinatal, familiar, legal y social que debe enfrentar. Los aspectos de salud mental adquieren su mayor relevancia en este período, especialmente después del tercer mes del parto, período en el que la adolescente toma verdadera responsabilidad y percibe con claridad su dependencia del lactante. Enfrenta su proceso de maduración psicológica con las exigencias ineludibles del niño. La vida sexual seguramente se reanuda y será necesario aportarle una completa educación sexual que incluya información sobre procedimientos de planificación familiar. Dentro del primer año después del parto, el 70% de las adolescentes prosigue la vida sexual activa, con la misma pareja o con otra, con alto riesgo de un nuevo embarazo (5).

Las adolescentes con frecuencia son objeto de abusos sexuales reiterados que pueden terminar en embarazo. En nuestro medio, los agresores suelen ser parientes,

el conviviente de la madre o conocidos de la familia que utilizan el engaño o la intimidación psicológica. En ocasiones, la agresión es efectuada por desconocidos que actúan con violencia física. El seguimiento y tratamiento de estos casos es mandatorio. En las parejas adolescentes, el embarazo a menudo es un hecho inesperado, sorpresivo y no deseado. El abandono de la adolescente embarazada por su pareja es frecuente y no más de un 40% de ellas cuenta con el apoyo de su pareja al término del embarazo. Este abandono, habitualmente aumenta un año después del parto, lo cual implica un alto deterioro del rol paterno para estos hijos. Con frecuencia, la actitud de la familia es también negativa. Ello produce reacciones de angustia y trastornos del desarrollo de la personalidad de la madre adolescente (6).

Los aspectos psicosociales del embarazo y la procreación en adolescentes tienen probabilidad de ser más agobiantes que los temas médicos. Freyre corrobora lo dicho por Klein (1978) en lo que se refiere a que el embarazo en adolescentes es prácticamente el inicio del síndrome de fracaso: fracaso en la educación, en la familia, en su entorno social y fracaso personal (7).

Además el embarazo en la adolescente se acompaña de mayor morbimortalidad. Entre las consecuencias se señalan (5, 8):

- Abortos
- Anemia
- Infecciones urinarias
- Bacteriuria asintomática
- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia – Eclampsia

- Escasa ganancia de peso
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea

2.2. Ansiedad

Es el estado emocional en el cual se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas que no son conocidas a nivel consciente. Puede afectar a personas de todas las edades y sobre todo a aquellas que están sometidas a una tensión familiar o laboral constante, y en aquellas que han arraigado en sus patrones conductuales un sentido de perfeccionismo hacia todo lo que hacen y dicen.

La ansiedad es sobre todo una reacción de miedo. El miedo por sí mismo es muy útil y perfectamente natural, la reacción de alarma, en caso es excesiva y prepara al organismo para enfrentarse ante un peligro que no existe, convirtiéndose en algo perjudicial. De esta manera, el pulso y la respiración se aceleran, la transpiración se dispara y se produce tensión muscular. Todos estos síntomas, cuando se producen frecuentemente producen las diversas formas de ansiedad (9).

PERFIL CLÍNICO DE LA ANSIEDAD (25)

SÍNTOMAS	SIGNOS
<p>Sistema Nervioso</p> <p>Tensión, incapacidad de relajarse.</p> <p>Dificultad para concentrarse, pérdida de interés en actividades habituales.</p> <p>Mareos, pesadez, síncope, irritabilidad, intolerancia. examen físico,</p> <p>Disturbios del sueño: pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, temores mal definidos, terror, fatiga, debilidad.</p> <p>Cefalea, coordinación pobre.</p> <p>Temblor, parestesias.</p> <p>Piloerección.</p>	<p>Sistema Nervioso</p> <p>Expresión facial tensa.</p> <p>Conducta estereotipada, i.e tics, "comerse las uñas", fumar ininterrumpidamente, inquietud psicomotriz, irritabilidad durante el examen físico, tembor fino.</p> <p>Exoftalmos ocasional. Manos frías y húmedas.</p>
<p>Sistema Cardiovascular</p> <p>Palpitaciones</p> <p>Presión subesternal, dolor precordial no relacionados al ejercicio</p> <p>Bochornos.</p>	<p>Sistema Cardiovascular</p> <p>Taquicardia sinusal</p> <p>Elevación transitoria de la presión sistólica</p> <p>Soplo sistólico funcional</p>
<p>Sistema Respiratorio</p> <p>Dificultad para respirar, "asfixia", sofocación</p>	<p>Sistema Respiratorio</p> <p>Hiperventilación (Chevostek +, si hiperventilación es severa</p> <p>Mayor frecuencia de suspiros.</p>
<p>Sistema Gastrointestinal</p> <p>Incomodidad epigástrica</p> <p>Sensación de llenura, dispepsia, eructos, acidez.</p> <p>Diarrea, constipación, anorexia, hiperorexia compulsiva.</p>	
<p>Sistema Génito-urinario</p> <p>Poliuria, amenorrea, flujo y cólicos menstruales excesivos.</p>	

La ansiedad se define como una sensación de peligro indefinido que no somos capaces de concretar. Es normal que durante el embarazo experimentes momentos de este tipo, debidos a los cambios fisiológicos y vitales que el embarazo implica. Los momentos de ansiedad son, pues, normales, siempre que no sean constantes o lo suficientemente importantes como para condicionar tu vida, impidiendo llevar a cabo actividades normales. En tal caso, la ansiedad se considera un problema que debe consultarse.

La ansiedad en el embarazo es atribuible, por un lado, a la inestabilidad emocional provocada por el desajuste hormonal típico de este periodo. Además, los cambios que implica la maternidad, la preocupación por el desarrollo del bebé, la gran carga afectiva que comporta el embarazo y las ganas por preparar el hogar para la llegada del bebé son algunas de las causas de ansiedad que puede sentir la mujer durante la gestación. Es el conocido como síndrome del nido y afecta a más mujeres de las que podríamos creer.

2.2.1. Tipos de Ansiedad.

Según el DSM V los tipos de ansiedad son los siguientes (27):

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica

- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Trastorno de ansiedad no especificado

2.2.2. Fisiopatología(23)

La fisiopatología de los trastornos de ansiedad es desconocida; puede no reflejar un desequilibrio único del sistema neurotransmisor pero puede ser resultado de múltiples interacciones entre varios neurotransmisores, incluyendo la noradrenalina (NA), el ácido gamma-amino butírico (GABA) y la serotonina (5 HT).

Existen diferentes teorías en base a los neurotransmisores dados por los siguientes modelos:

Noradrenalina (23)

El locus coeruleus (LC) es un núcleo pequeño situado en medio del cerebro que puede desempeñar un papel de regulados de la ansiedad; en respuesta a la ansiedad o situaciones de miedo, el LC sirve de centro de alarma activando la liberación de NA y estimulando el sistema nerviosos simpático.

El autoreceptor pre-sináptico alfa-2 adrenérgico controla la liberación de NA frente a la sinapsis; la superactividad central noradrenérgico disminuye la regulación de los adrenoreceptores alfa-2 en pacientes con trastornos generalizados de ansiedad (los receptores pueden ser anormales en pacientes con trastorno de pánico).

Los fármacos con efectos ansiolíticos (yohimbina, isoproterenol, cafeína) llegan al LC activando e incrementando la actividad noradrenergica; estos agentes producen sensación subjetiva de ansiedad, pudiendo terminar en un ataque de pánico para los que padecen trastornos de pánico pero no en aquellos con otras enfermedades psiquiátricas. Los fármacos con efectos ansiolíticos o antipánico (benzodiazepinas, antidepresivos, clonidina) inhiben la activación del LC, disminuyendo la actividad noradrenérgica y bloqueando los efectos de los fármacos ansiolíticos.

Receptor benzodiazépínico (23)

Los efectos terapéuticos de las benzodiazepinas (ansiolíticas, anticonvulsivantes, adictivas y relajantes muscular) están mediados por el receptor gabaérgico tipo A (GABA-a)

El GABA 2 principal neurotransmisor (NT) del sistema nervioso central (SNC), se encarga de la transmisión de casi una tercera parte de los impulsos nerviosos del cerebro.

El sistema gabaérgico tiene un efecto regulatorio e inhibitorio en los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico; ligados a él, están los receptores, abren los canales adyacentes del ion cloruro y permiten el flujo de iones cloro cargados

negativamente, produciéndose una hiperpolarización de la membrana celular y causando un descenso en la excitabilidad de la célula nerviosa.

Serotoninérgico(23)

La serotonina actúa como un NT inhibitorio, usado por neuronas que tienen su origen en el rafe del núcleo del tallo cerebral, proyectándose difusamente por el cerebro (corteza y sistema límbico).

Las acciones de la 5HT son reguladas por diferentes subtipos de receptores. La azapirona y la buspirona son agonistas parciales selectivos del receptor serotoninérgico A (HT_{1A}) efectivo para la alteración de la ansiedad generalizada pero no para los trastornos de pánico.

El 5HT 1^a agonista parcial reduce la actividad, los síntomas de ansiedad pueden reflejar una excesiva transmisión de 5HT o superactividad en las vías estimuladoras de serotonina.

El 5HT en trastornos de pánico tiene un comportamiento incierto; aunque la buspirona no es un agente antipánico efectivo, los inhibidores selectivos recaptadores de la 5HT son compuestos antipánico efectivo.

2.2.3 Tratamiento Farmacológico (23)

Los fármacos que han demostrado eficacia en el tratamiento de este trastorno pertenecen a los siguientes grupos:

- 1.-Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)
- 2.-Antidepresivos tricíclicos (ATC)

3.-Benzodiacepinas (BZD) de alta potencia.

4.- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

2.2.4 Tratamiento Psicoterapéutico (23)

El proceso de intervención sigue una línea similar a la C.T de tratamiento de la depresión (Beck, 1979,1985; Jarret y Rush,1988):

1°Socializacion del paciente en el modelo cognitivo de la terapia: Relación de pensamiento-afecto-conducta, papel de los pensamientos automáticos y terapia como aprendizaje de alternativas cognitivas y conductuales para el manejo de la vulnerabilidad personal.

2°Elicitación de pensamientos automáticos: uso de autoregistros.El terapeuta toma nota sobre los significados asociados de modo que pueda hipotetizar sobre los supuestos personales.

3° Evaluación de la validez de los pensamientos automáticos: evidencias, alternativas,consecuencias, experimentos personales para predicciones amenazantes de no afrontamiento(p.e usando habilidades conductuales).

4°Identificacion de Supuestos personales y examen de su validez,(se procede igual que en el caso anterior).

2.2.5 Ansiedad en la adolescencia

La ansiedad adolescente o sentimiento de disgusto consigo mismo la experimentan como un conflicto íntimo, como una sensación de desasosiego vago o un presagio doloroso. Puede considerarse un estado neurótico.

Una de las tensiones productoras de la ansiedad en la adolescencia es la exigencia de autodeterminación, la elección de uno mismo, la necesidad de alcanzar la conciencia de la posibilidad, la conciencia de libertad para optar por lo posible, rechazarlo o eludirlo.

Otra tensión es la necesidad y la capacidad para la intimidad personal, es decir, la intimidad con otro, colaboración, amor, que aparece desde la pre adolescencia.

Sociológicamente la ansiedad se explica derivada del conflicto entre la necesidad del adolescente de convertirse en una persona autónoma e independiente y al mismo tiempo por ser un miembro aceptado por su grupo social (9).

Una explicación psicoanalítica sustenta que la ansiedad surge de la culpabilidad reprimida. El superyó impele a reprimir todos los impulsos del carácter y a intentar el perfeccionamiento por sobre las posibilidades humanas.

Los adolescentes se defienden de la ansiedad yendo contra los otros (se tornan competitivos para superarlos y colocarse por encima), apartándose de los otros (al retirarse, alejarse y desligarse) o yendo con los otros (con docilidad, conformismo y autoanulación) (10).

2.3. Depresión.

La depresión es un problema de salud mental importante, ya que afecta tanto la vida personal como familiar y tiene gran repercusión social y económica. Estudios epidemiológicos han mostrado que existe una alta prevalencia de depresión en la comunidad.

La depresión (del latín depressio, que significa "opresión", "abatimiento") es un

trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre desde el ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento, de infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Pueden definirse como trastornos psíquicos, habitualmente recurrentes, que cursan con una alteración del humor básico de tipo depresivo (tristeza), a menudo acompañada de ansiedad y en los que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío, desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito (más frecuente la anorexia), del sueño (insomnio tardío), agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intentos de suicidio, etc, así como síntomas diversos (9).

La intensidad de la depresión varía ampliamente y oscila entre el desaliento moderado y la desesperación profunda. De forma característica, la depresión contiene un grado de tristeza o pesimismo, o ambos, desproporcionado con las circunstancias. No todas las depresiones implican sentimientos de tristeza o melancolía. El abanico de posibles manifestaciones de la depresión va de la simple falta de entusiasmo al desprecio de la propia vida y de la existencia (9, 12).

La depresión durante el embarazo afecta al 15% de las mujeres y al 4% de las parejas. El bajo apoyo social incrementa el riesgo de depresión preparto en las mujeres. La probabilidad de padecer depresión durante el embarazo aumenta en aquellas mujeres que no tienen un trabajo remunerado. Las multíparas tienen un mayor riesgo de depresión durante el embarazo. Las mujeres que no tienen estudios

universitarios, ni aquellas cuyas parejas tampoco los tengan, las mujeres de más de 33 años como las que sus parejas tienen más de 33 años y aquellas que realizan todas o casi todas las tareas domésticas tienen mayor probabilidad de depresión durante el tercer trimestre de gestación, sin embargo la asociación se encuentra en el límite de la significación estadística. No se evidencia asociación entre el embarazo no planificado, los antecedentes personales de depresión/ansiedad, los acontecimientos vitales y los antecedentes obstétricos adversos con la depresión durante el embarazo.

2.3.1. Tipos de Depresión

Según el DSM V los tipos de depresión son los siguientes (27):

- Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo
- Leve
- Moderado
- Grave
- Con características psicóticas
- En remisión parcial
- En remisión total
- No especificado
- Episodio recurrente
- Con características psicóticas
- En remisión parcial
- En remisión total
- No especificado
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado

- Trastorno depresivo no especificado

a) Depresión leve.- (9)

La denominación “depresión leve” no debe tomarse en modo alguno en el sentido de quitarle importancia. Lo mismo es aplicable a la expresión alternativa “estado de ánimo depresivo”. El dramatismo por el que puede discurrir el cuadro clínico lo pone de relieve el hecho de que del diez al quince por ciento de los depresivos graves se suicidan.

Un descenso del bienestar o una falta de interés es a menudo el primer síntoma de depresión: "pasear por el bosque sin entusiasmo". Muchos pacientes con depresión leve se describen como "angustiados" más que como enfermos. Cuando la gente describe sus propios sentimientos en relación con una vida estresante, suelen hablar de ansiedad y depresión. De cualquier modo, la disminución del ánimo en los estados de distrés es mucho más variable que en la depresión leve y dura menos de una semana.

b) Depresión mayor con o sin melancolía.-

En la llamada depresión grave, el mal comienza la mayoría de las veces de forma muy rápida y no pocas veces culmina con el derrumbe de toda la vida. El problema es que la persona que experimenta una depresión no puede imaginarse ni de modo aproximado.

c) Depresión mayor con síntomas psicóticos.-

De acuerdo con el DSM-V o la CIE-10, el término "depresión psicótica" no es sinónimo de depresión endógena o melancólica. Kraepelin y Hamilton

utilizaron el término "psicosis" para referirse a la gravedad de los síntomas

2.3.2. Fisiopatología(24)

Múltiples investigaciones han encontrado carencia de algunas sustancias químicas cerebrales encargadas de la conducción nerviosa de estímulos, llamados neurotransmisores, particularmente la Serotonina, que regula a su vez otras que fallan en consecuencia. (Noradrenalina, Acetilcolina). Estas son responsables de algunas manifestaciones sintomáticas así como: La serotonina deficiente altera el sueño, el apetito, genera ansiedad, falta de disfrute de las cosas, distractibilidad, falta de concentración, sudoración, temblor, palpitaciones, mareos e irritabilidad. La disfunción de acetilcolina, es responsable de la deficiente memoria, sensación de cansancio, falta de energía, desánimo. No se puede negar la correlación en el sistema biológico, psíquico y ambiental. La misma historia de vida, situaciones estresantes actuales o traumáticas pueden ser responsables de estos cambios neuroquímicos; así como también: por vía inversa, estas alteraciones biológicas pueden matizar negativamente las experiencias haciendo que su interpretación sea negativa con aumento de sufrimiento. Existe correlación genética, en algunos casos de depresión, que se transmiten hereditariamente.

Las teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos desarrolladas a lo largo de tres líneas principales de investigación:

Estudios endocrinos: En el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas de norepinefrina, especialmente en el locus cereleus.

Envían fibras hacia arriba a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. También existen numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y en el bulbo, y proyectan fibras a muchas zonas del sistema límbico y a

algunas otras áreas de encéfalo. Existe la hipótesis que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo.

Neurotransmisores: Se fundamentan en el éxito de los medicamentos para el tratamiento. El 70% de los pacientes depresivos responden efectivamente a fármacos que aumentan los efectos excitadores de estos neurotransmisores en las terminaciones nerviosas, como los tricíclicos e inhibidores de la MAO (IMAO's) que aumentan la disponibilidad de catecolaminas e indolaminas en el sistema nervioso central.

2.3.3 Tratamiento farmacológico (24)

Medicamentos como la reserpina, fenotiazida que disminuye la cantidad de neurotransmisores, bloquean la secreción de norepinefrina y serotonina, que dan inicio a la sintomatología de la depresión.

2.3.4 Tratamiento Psicoterapéutico (24)

La tendencia actual de tratamiento consiste en combinar psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión. Sin embargo, en casos muy leves con historias estresantes psicosociales que explican el cuadro depresivo, y también en ciertas depresiones crónicas, el tratamiento puede ser exclusivamente psicoterapéutico, de tipo dinámico, conductual, grupal y aún psicoanalítico

Las mismas deben ser llevadas a cabo por un especialista. La psicoterapia individual o de grupo puede ayudar a la persona a reasumir de modo gradual

antiguas responsabilidades y adaptarse a las presiones habituales de la vida, acrecentando la mejoría conseguida por el tratamiento farmacológico.

2.3.5 Depresión en la Adolescencia

Es un trastorno que afecta a los adolescentes y que lleva a que se presente tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y pérdida de interés en actividades habituales. La depresión puede ser una respuesta a muchas situaciones y factores de estrés en los adolescentes. En ellos, el estado anímico depresivo es común debido a (10, 11):

- El proceso normal de maduración y el estrés que se presenta con éste.
- La influencia de las hormonas sexuales.
- Los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como:

- La muerte de un amigo o pariente.
- La ruptura con la novia o novio.
- El fracaso en la escuela.

Los adolescentes que son más propensos a resultar deprimidos cuando experimentan eventos estresantes:

- Tienen baja autoestima.
- Son muy autocríticos.
- Sienten poco control sobre los acontecimientos negativos.

Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Un antecedente de depresión en la familia también pone a los adolescentes en mayor riesgo.

Los siguientes eventos o situaciones pueden causar depresión:

- Agresión o acoso en la escuela o en otra parte.
- Abuso o maltrato infantil, tanto físico como sexual.
- Falta de destrezas sociales.
- Dificultades de aprendizaje.
- Enfermedad crónica.
- Crianza o cuidados deficientes.
- Acontecimientos estresantes de la vida, como la pérdida de uno de los padres por muerte o por divorcio
- Embarazo

ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

2.1. **Autor:** Llerena Cárdenas F (13).

Título: Características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes consultantes del Hospital de Apoyo Camaná. Arequipa 2010.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2011

Resumen: Revisión retrospectiva de historias clínicas perinatales de gestantes adolescentes (entre 10 y 19 años). De los 979 partos atendidos en el 2010 en Camaná, 166 (16,96%) fueron en adolescentes. El 79,52% de embarazos se dieron entre los 17 y 19 años (adolescencia tardía), con el 20,48% estante entre 14 y 16 años (adolescencia media). La edad promedio de embarazo en adolescentes es de 17,61 años. El 65,06% fueron convivientes, 16,87% casadas y 18,07% solteras. El nivel de instrucción predominante fue de primaria (53,01%) con 7,23% de adolescentes analfabetas. La procedencia fue en 72,29% de zona urbana; el 49,40% de gestantes se dedica a labores del hogar y 37,35% son estudiantes. El ingreso socioeconómico no alcanza la canasta familiar en 74,70%. El 19,28% de gestantes eran multíparas, y 31,33% habían presentado un aborto. El 22,89% no tuvo controles prenatales antes de su atención. El parto fue a término en 86,75% de casos. La complicación más frecuente fue la preeclampsia en 12,05% de casos.

2.2. **Autor:** Arias K (14).

Título: Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes controladas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz-Zamacola Arequipa ,2012.

Fuente: Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2012.

Resumen: Se buscó establecer los niveles de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes controladas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz-

Zamacola Arequipa, así como su relación con la edad. Se realizó una entrevista a una muestra de 40 gestantes adolescentes que acudieron a control prenatal en el periodo de estudio, aplicando una ficha de datos y la escala de ansiedad y depresión de Hamilton. Se asocian los puntajes de ansiedad y depresión con los grupos de edad mediante análisis de varianza. Un 32,50% de gestantes de 18 años y 25% con 19 años, con un 5% de adolescentes de 15 años, la edad promedio fue de 17,53 años. El 30% de gestantes adolescentes mostro un nivel de ansiedad; 67,50% presento ansiedad moderada y 2,50% ansiedad grave. El 85% de gestantes presento depresión, siendo ligera en 32,50%, moderada en 25%, severa en 20% y muy severa en 17,50% de gestantes. Los puntajes de ansiedad van disminuyendo paulatinamente desde los 15 años (28,50 puntos, depresión grave) a 22,62 puntos a los 16 años, 18 puntos a los 17 años y 19,54 puntos a los 18 años (ansiedad moderada), siendo de 14,40 puntos promedio a los 19 años (ansiedad leve). Esta asociación fue significativa (ANOVA; $P < 0,05$). Los puntajes de depresión disminuyen con la edad, siendo los puntajes más elevados a los 15 años (24 puntos, depresión muy severa) y menos a los 16 años (29,43 puntos depresión severa) de 12,57 puntos a los 17 años (dep. ligera), o de 15,46 puntos a los 18 años y de 14,90 puntos a los 19 años (depresión moderada), la relación con la edad fue también significativa (ANOVA; $P < 0,05$).

2.3. **Autor:** Chavez EP, Lalich GR (15).

Título: Prevalencia de depresión post-parto en mujeres que acuden al Puesto de Salud Peruarbo de Zamacola, Arequipa 2012.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería, Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, 2012.

Resumen: Se hizo una investigación de tipo descriptivo y observacional, se utilizó como técnica la encuesta como instrumento el cuestionario, Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo (instrumento validado). Se trabajó con una muestra de 119 mujeres con un tiempo de post-parto menor a un año. Se concluye que del total de madres aproximadamente la cuarta parte no presenta manifestaciones de ninguna índole física, psicológica o emocional de Depresión Post-Parto; más de la mitad tiene la posibilidad de sufrir esta complicación y finalmente la Depresión Post-Parto se encuentra presente en más de la décima parte.

A nivel nacional

2.4. **Autor:** Saji NA (16).

Título: Factores de riesgo de la depresión postparto en puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Cusco 2012.

Fuente: Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2012.

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, tipo caso control. La muestra estuvo construida por las madres entre 3 y 45 días postparto que acuden al consultorio externo de Neonatología para control de su menor hijo. Se realiza una encuesta para recolectar los factores de riesgo seguida del Test de Edimburgo. De un total de 207 madres entrevistadas, 64 de ellas, que presentan el 30.9% presentaron depresión postparto según el test de Edimburgo. La media de edad es de 30,81 años (rango 21 a 44 años). Los porcentajes de grado de instrucción en madres deprimidas son 6.3%, 28,1%, 9.4% y 56,4% para primaria, secundaria, superior incompleta y superior completa respectivamente. Los porcentajes del estado civil son 3,1% ,43.8% y 53.1% para los estados de soltera, casada y conviviente respectivamente. Los factores de riesgo asociados a depresión son: Problemas conyugales o insatisfacción marital(OR: 2,038; IC 1,068-5,388); la ausencia de independencia económica (OR:3,450; IC de 1,721-6,918) y la presencia de eventos estresantes siendo el más frecuente la inestabilidad laboral,(OR :3,333; IC 1,493-1,493). Los demás factores de riesgo estudiados no estuvieron asociados la depresión postparto en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Cusco-2012)

2.5. **Autor:** Ladines PS (17).

Título: Frecuencia de los Niveles de Ansiedad - Depresión Según Trimestres del Embarazo en Gestantes Atendidas en el Hospital de Apoyo I Santa Rosa - Piura. Piura, Enero – Junio 2004.

Fuente: Tesis Presentada para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia – 2004. Universidad de Tumbes.

Resumen: Con la finalidad de determinar la frecuencia de la ansiedad y depresión en los diferentes trimestres del embarazo, se realizó una investigación prospectiva descriptiva y de corte transversal. Estudiándose una muestra aleatoria de 138 gestantes que acudieron al control de su embarazo a los consultorios externos de obstetricia y ginecología del Hospital de Apoyo – I “Santa Rosa” de Piura entre los meses de enero a junio de 2004. A cada una de las gestantes se le aplicó la escala de ansiedad – depresión de Goldberg, instrumento que consta de dos sub. escalas una para la detección de la ansiedad y la otra parte para la depresión. Obteniéndose como resultado que la frecuencia de la ansiedad fue del 48,36%, la frecuencia de depresión fue mayor en el segundo trimestre 67,7 %, a diferencia de los otros trimestres. Se plantea como recomendación, brindar información acerca de los cambios que suceden durante la etapa gestacional mediante la consulta obstétrica, nos permitirá establecer un diagnóstico adecuado y así derivar oportunamente a la paciente a su consulta con psicología.

A nivel internacional

2.6. **Autor:** Jadresic E (18).

Título: Depresión en el embarazo y el puerperio.

Fuente: Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2010;48(4):269-278

Resumen: Se resumen los resultados de varios estudios en el contexto de una revisión de la literatura. Un tercio de las mujeres chilenas presenta síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, mientras que la prevalencia en el

posparto supera el 40%. Si se utilizan criterios operacionales estrictos, se encuentra que una de cada diez embarazadas/puérperas está deprimida. Se ha visto que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asocia a retraso en el desarrollo de sus niño (a)s y aun riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. La depresión posparto se asocia a coeficientes intelectuales más bajos en la preadolescencia, y a conductas violentas. En la actualidad se dispone de diferentes tipos de psicoterapia y medicamentos que pueden ser utilizados en este período de la vida. Entre los antidepresivos, los inhibidores de la recaptura de serotonina son los más usados. Se concluye que la depresión pre y posparto son altamente prevalentes y debe considerarse tanto el impacto de no tratar, como de tratar, la depresión grávido/puerperal.

2.7. **Autor:** Trejo-Lucero H, Torrez-Perez J, Medina-Jimenez MA y cols. (19)

Título: Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal.

Fuente: Rev Mex Ped, 2009;76(1);9-12

Resumen: Se aplicó el test de Zung modificado por Conde en 337 embarazadas; el 98.2% de las adolescentes mostró algún grado de depresión;

4.7% manifestó haber abortado anteriormente, 10% refirió más de una pareja sexual.

La depresión fue calificada como leve en 64%, y 18% mencionaron violencia por su pareja. La depresión fue más frecuente en adolescentes de 17 años en aquellas de familias con más de 6 miembros.

3. Objetivos.

3.1. Objetivo general

Caracterizar la frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná 2015.

3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015.
- b) Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015.
- c) Establecer diferencias en la frecuencia y severidad de ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en la escala de ansiedad (Anexo 2) y de depresión de Hamilton (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y bases de datos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Hospital de Apoyo Camaná.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el bimestre (diciembre 2014 y enero 2015).

2.3. **Unidades de estudio:** Gestantes atendidas en Hospital de Apoyo Camaná.

2.4. **Población:** Todas las gestantes atendidas en Hospital de Apoyo Camaná en el bimestre (diciembre 2014 y enero 2015).

2.5. **Muestra:** Las pacientes serán seleccionadas por conveniencia durante el bimestre (diciembre 2014 y enero 2015), según aquellas que acudan a participar en el estudio.

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Gestantes a partir de las 20 semanas
 - Gestación única
 - Participación voluntaria en la investigación.
- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Patología obstétrica o prenatal materna
 - Con inicio de trabajo de parto
 - Fichas de encuesta incompleta o mal llenada.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del hospital para obtener la autorización para efectuar el estudio.

Se contactará a las gestantes que acudan para control del parto, verificando que cumplan los criterios de selección. Se seleccionará a las gestantes según su edad como adolescentes y gestantes no adolescentes para solicitar su participación voluntaria en el estudio. En ambos grupos se aplicará una ficha de datos y la

escala de depresión y de ansiedad de Hamilton.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora.
- Tutor.

b) Materiales

- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos (28)

La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala, heteroaplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad es mayor que la especificidad en relación al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. La Escala de Evaluación para la

Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión.

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems.

Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Escala de ansiedad de Hamilton Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

- c) Test de Hamilton, para medir la ansiedad y depresión, cuyos resultados se establecerán a través de la Escala de Hamilton en ambos casos.
- d) **La escala de ansiedad de Hamilton** (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Posteriormente. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Existe una versión española, realizada por Carroble y cols en 1986, que es la que presentamos.
- e) Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista.

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION (26)

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

- No ansiedad: 0
- Ansiedad leve: 1 -14
- Ansiedad moderada: 15- 28
- Ansiedad grave: 29 - 42
- Depresión muy severa: >43

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Los datos organizados se convertirán en tablas y gráficos para sistematizar los resultados y proceder a su interpretación.

b) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las

variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará con la prueba chi cuadrado, y la comparación de variables numéricas se realizará con la prueba t de Student. Se considerarán significativas diferencias de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.

IV. Cronograma de Trabajo

CUADRO 02

Actividades	Noviembre 14				Diciembre 15				Enero 15			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica			■	■								
3. Aprobación del proyecto					■	■						
4. Ejecución						■	■	■	■			
5. Análisis e interpretación										■	■	
6. Informe final											■	■

Fecha de inicio: 01 de Noviembre 2014

Fecha probable de término: 26 de Enero 2015

V. Bibliografía Citada

- 1) Gomez-Sotelo A et al. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Rev. salud pública, 2012;14(2):189-199.
- 2) INEI - Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua, 2009-2011. Informe Principal. Lima: INEI, mayo de 2010. p. 88. Disponible en: <http://www.promsex.org/EstadisticasenSSyRRadolescentes.pdf>
- 3) Lam N, Contreras H, Mori E y cols. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. R Rev Perú epidemiol 2010; 14 (3): 1-8
- 4) Dominguez-Anaya R, Herazo-Beltran Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009: Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol 2011;.62 (2):141-147 .
- 5) Menendez Guerrero G, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodriguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol, 2012;38(3): 333-342 .
- 6) Gomez-Sotelo A et al. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Rev. salud pública, 2012; 14(2): 189-199.
- 7) Freyre R. Embarazo en Adolescentes. Editorial Omega. Barcelona – España, 1998.

- 8) Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev. chil. obstet. ginecol. 2012;77(2):122-128 .
- 9) Kaplan H, Sandock B, Cancro R. Tratado de psiquiatría. 2da. edición. Salvat Editores: Barcelona, España, 1998; p. 1742.
- 10) Diaz M, Amato R, Chávez Jg y cols. Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus online. Disponible en: <http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/salus2013/17-2/DEPRESION.pdf>
- 11) Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de León AL. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. Ginecol Obstet Mex 2010;78(1):53-57
- 12) Gorrita RR, Barcenas Y, Gorrita Y, Brito B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr, 2014; 86(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-7531.
- 13) Llerena F. Características sociodemográficas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes consultantes del Hospital de Apoyo Camaná. Arequipa 2010. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2011
- 14) Arias K. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes controladas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz-Zamacola Arequipa ,2012. Tesis

- para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2012.
- 15) Chavez EP, Lalich GR. Prevalencia de depresión post-parto en mujeres que acuden al Puesto de Salud Peruarbo de Zamacola, Arequipa 2012. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería, Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, 2012.
- 16) Saji NA. Factores de riesgo de la depresión postparto en puerperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Cusco 2012. Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2012.
- 17) Ladines PS. Frecuencia de los Niveles de Ansiedad - Depresión Según Trimestres del Embarazo en Gestantes Atendidas en el Hospital de Apoyo I Santa Rosa - Piura. Piura, Enero – Junio 2004. Tesis Presentada para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia – 2004. Universidad de Tumbes. 2004
- 18) Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2010;48(4):269-278
- 19) Trejo-Lucero H, Torrez-Perez J, Medina-Jimenez MA y cols. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Rev Mex Ped, 2009;76(1):9-12
- 20) Friedman. Manual diagnóstico médico. Elsevier, España, 2004.

- 21) Coropuna M, Rodríguez M. Relación entre dinámica familiar y niveles de depresión en adolescentes de 16 a 18 años provenientes de familias nucleares del distrito de Cerro Colorado. Perú; UNSA, 1998.
- 22) Pérez A, Medina C, Alcaraz M, Berenguer M. Factores sociales asociados al embarazo en el área de salud “28 de septiembre”: Policlínico Docente 28 de Septiembre. MEDISAN, 2001;5(1):31-34
- 23) Ceballos M, Sandoval L, Jaimes E, Madera J, Francisco Y, Arias F. Depresión durante el embarazo, Epidemiología en Mujeres Mexicanas. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc, 2010;48 (1) : 71-74
- 24) Cubedo R Ansiedad. Disponible en:
<http://www.nci.nih.gov/español/pdq/cuidados-médicos-apoyo/ansiedad/Patient/page2>
- 25) Alarcón R. y col. Psiquiatría. 2da Edición. Editorial manual moderno;2005: 641
- 26) Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Medica. 2002. 7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) pp:69
- 27) Asociación Americana de Psiquiatría del DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos;2014 :17-18
- 28) Shelton, R .Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. Primary Psychiatry 2006(4): 73-82.

Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha:N° _____

Grupo de estudio: Adolescente

No adolescente

Edad: _____ años

Edad gestacional: _____ sem

Paridad: _____ partos previos

Estado civil

Soltera

Casada

Conviviente

otro

G. instrucción: Illetrada

primaria

secundaria

superior

Observaciones:

.....

.....

Anexo 2

Escala de Ansiedad de Hamilton

Estimada usuaria:

Soy egresada de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María y estoy realizando un estudio anónimo. Se le solicita lea cuidadosamente cada afirmación y luego marque con una X lo que describe mejor lo que ha sentido en los últimos días, las respuestas son personales.

Agradezco su colaboración.

	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD					
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					

<p>9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.</p>					
<p>10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.</p>					
<p>11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.</p>					
<p>12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>					
<p>13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p>					
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasarse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>					

ANEXO 2

Escala de Depresión de Hamilton

Estimada usuaria:

Soy egresada de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María y estoy realizando un estudio anónimo. Se le solicita lea cuidadosamente cada afirmación y luego marque con una X lo que describe mejor lo que ha sentido en los últimos días, las respuestas son personales.

Agradezco su colaboración.

1.- Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad):

- Ausente
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- Estas sensaciones las relata espontáneamente
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2.- Sentimientos de culpa:

- Ausente
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- Siente que la enfermedad actual es un castigo
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3.- Suicidio:

- Ausente
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir

- Ideas de suicidio o amenazas
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4.- Insomnio precoz:

- No tiene dificultad
- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- Dificultad para dormir cada noche.

5.- Insomnio intermedio:

- No hay dificultad
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

6.- Insomnio tardío:

- No hay dificultad
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7.- Trabajo y actividades:

- No hay dificultad
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- Pérdida de interés en su actividad (dis. de la atención, indecisión y vacilación)
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o dis. de la productividad
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8.- Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- Palabra y pensamiento normales
- Ligeramente retrasado en el habla
- Evidente retraso en el habla
- Dificultad para expresarse
- Incapacidad para expresarse

9.- Agitación psicomotora:

- Ninguna
- Juega con sus dedos
- Juega con sus manos, cabello, etc.
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

10.- Ansiedad psíquica:

- No hay dificultad
- Tensión subjetiva e irritabilidad
- Preocupación por pequeñas cosas
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- Expresa sus temores sin necesidad que le pregunten

11.- Ansiedad somática (Signos físicos de ansiedad tales como:

Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.

Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- Ausente
- Ligera
- Moderada
- Severa
- Incapacitante
-

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales:

- Ninguno
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen
- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13.- Síntomas somáticos generales:

- Ninguno
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, dolores musculares. Pérdida de energía y
- fatigabilidad (cansancio fácil).
- Cualquier síntoma bien definido

14.- Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- Ausente
- Débil
- Grave

15.- Hipocondría:

- Ausente
- Preocupado de si mismo (corporalmente)
- Preocupado por su salud
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16.- Pérdida de peso:

- Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana
- Pérdida de más de 500 gramos en una semana
- Pérdida de más de 1 kg. en una semana

17.- Introspección (insight):

- Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- No se da cuenta que está enfermo

Consentimiento informado

Fecha.....

Yo.....identificado con DNI N°
..... he sido informado por la Srta. Lizeth Marilú Calloapaza Salazar acerca de la participación en el estudio “Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015”

El estudio consiste en la aplicación de encuestas anónimas, para conocer mi estado de ánimo y saber si presento ansiedad o depresión.

Me ha informado que los resultados del estudio y los datos que proporcione serán completamente anónimos y usados exclusivamente para el presente estudio, luego de lo cual serán eliminados.

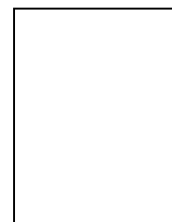
He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me aplique los cuestionarios, teniendo pleno conocimiento de la utilidad del estudio.

.....
Firma del paciente o responsable legal

Nombre.....

DNI.....



.....
Firma de la investigadora

Nombre.....

DNI.....

Anexo 2

Matriz de sistematización de información