

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CON SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN”**

Estudio descriptivo transversal realizado en 107 adolescentes embarazadas atendidas en los Servicios de Salud de los municipios de San Pedro Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán Guatemala y San Juan Comalapa, departamento de Chimaltenango

junio-julio 2012

**Alejandra González Tay  
Layla Lisseth Gerónimo López  
Cesia Jocabed Hernández Argueta  
Aletheia Vidamor Zuñiga Villegas  
Hadassha Castellanos Garza**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, agosto de 2012



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CON SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN”**

Estudio descriptivo transversal realizado en 107 adolescentes embarazadas atendidas en los Servicios de Salud de los municipios de San Pedro Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán Guatemala y San Juan Comalapa, departamento de Chimaltenango

junio-julio 2012

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

**Alejandra González Tay  
Layla Lisseth Gerónimo López  
Cesia Jocabed Hernández Argueta  
Aletheia Vidamor Zuñiga Villegas  
Hadassha Castellanos Garza**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, agosto de 2012



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Las estudiantes:

Alejandra González Tay	200410043
Layla Lisseth Gerónimo López	200410069
Cesia Jocabed Hernández Argueta	200410180
Aletheia Vidamor Zuñiga Villegas	200410271
Hadassha Castellanos Garza	200413978

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura y, habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CON SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN”**

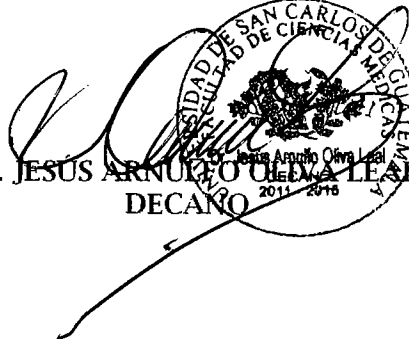
**Estudio descriptivo tansversal realizado en 107 adolescentes embarazadas  
atendidas en los Servicios de Salud de los municipios de San Pedro  
Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán Guatemala  
y San Juan Comalapa, departamento de Chimaltenango**

**junio-julio 2012**

Trabajo asesorado por la Dra. Virginia María Ortiz y revisado por la Dra. Aida Guadalupe Barrera, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

### **ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, dieciseis de agosto del dos mil doce

  
DR. JESÚS ARNULFO QUEDA LEAL  
DECAÑO 2011-2016

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que las estudiantes:

Alejandra González Tay	200410043
Layla Lisseth Gerónimo López	200410069
Cesia Jocabed Hernández Argueta	200410180
Aletheia Vidamor Zuñiga Villegas	200410271
Hadassha Castellanos Garza	200413978

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CON SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN”**

Estudio descriptivo tansversal realizado en 107 adolescentes embarazadas atendidas en los Servicios de Salud de los municipios de San Pedro Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán Guatemala y San Juan Comalapa, departamento de Chimaltenango

junio-julio 2012

El cual ha sido revisado y corregido por la Profesora de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG- Dra. Aida Guadalupe Barrera Pérez y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, dieciseis de agosto del dos mil doce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Edgar Rodolfo de León Barrios  
Coordinador







Guatemala, 16 de agosto del 2012

Doctor  
Edgar Rodolfo de León Barillas  
Unidad de Trabajos de Graduación  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

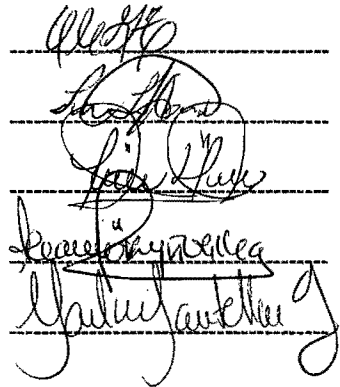
Alejandra González Tay

Layla Lisseth Gerónimo López

Cesia Jocabed Hernández Argueta

Aletheia Vidamor Zuñiga Villegas

Hadassha Castellanos Garza



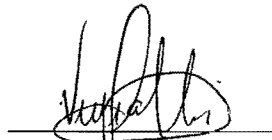
Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CON SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN"**

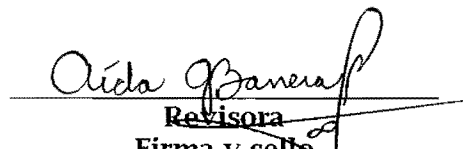
Estudio descriptivo tansversal realizado en 107 adolescentes embarazadas  
atendidas en los Servicios de Salud de los municipios de San Pedro  
Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán Guatemala  
y San Juan Comalapa, departamento de Chimaltenango

junio-julio 2012

Del cual como asesora y revisora nos responsabilizamos por la metodología,  
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y  
de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesora  
Firma y sello  
Virginia M. Ortiz P.  
Medico Psiquiatra  
Col. 10.924



Revisora  
Firma y sello  
Reg. de personal 20030843

Aida C. Barrera Pérez  
MEDICA Y CIRUJANA  
Col. 11596



## RESUMEN

**OBJETIVO:** Caracterizar según datos demográficos y factores de riesgo para depresión a las adolescentes embarazadas con depresión en cinco municipios del departamento de Chimaltenango. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo transversal, mediante una encuesta y el test de ZUNG a 107 adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión. **RESULTADOS:** De las pacientes entrevistadas, 92 (85.98%) presentaron depresión y de estas 51 (47.66%) evidenciaron depresión leve. Según las características, por etapas de la adolescencia: 78 (84.78%) se encontraban en adolescencia tardía; por estado civil: 52 (56.52%) estaban casadas; según nivel educativo: 60 (65.22%) cursó algún grado de primaria. Según los factores de riesgo: 14 (15.22%) no contaban con apoyo de la pareja; 22 (23.91%) provenían de una familia no integrada; 35 (38.04%) reportaron violencia intrafamiliar: psicológica 12 (13.04%), física 17 (18.48%) y sexual 6 (6.52%); en cuanto a embarazo no deseado 48 (52.17%) refirieron no desear el embarazo; en cuanto a edad gestacional, 54 (58.70%) se encontraban en el tercer trimestre de gestación. Los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron tercer trimestre de edad gestacional (58.7), embarazo no deseado (47.83) y violencia intrafamiliar (38.04). **CONCLUSIONES:** Aunque si se evidenció la presencia de las características y factores de riesgo para depresión en las entrevistadas, sólo se detectó depresión leve en la mitad del grupo estudiado. El mayor porcentaje de ellas refirió no haber sufrido ningún tipo de violencia, proceder de una familia integrada, estar casada, tener apoyo de la pareja y haber deseado el embarazo en curso; también se encontraban en la etapa tardía de la adolescencia y cursaban el tercer trimestre de embarazo.

**Palabras clave:** depresión, adolescentes, embarazo, factores de riesgo.



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. MARCO TEÓRICO .....	5
3.1. Contextualización del área de estudio .....	5
3.2. Antecedentes .....	7
3.3. Epidemiología .....	8
3.4. Adolescencia y embarazo.....	10
3.5. Depresión en adolescentes.....	17
3.6. Test de ZUNG .....	33
4. METODOLOGÍA .....	35
4.1. Tipo y diseño de investigación: .....	35
4.2. Unidad de análisis: .....	35
4.3. Población y muestra: .....	35
4.4. Selección de los sujetos a estudio: .....	36
4.5. Definición y operacionalización de variables: .....	38
4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos:.....	41
4.7. Procesamiento y análisis de datos: .....	43
4.8. Alcances y límites de la investigación: .....	44
4.9. Aspectos éticos de la investigación: .....	45
4.10. Recursos: .....	45
5. RESULTADOS.....	47
6. DISCUSIÓN .....	53
7. CONCLUSIONES.....	57
8. RECOMENDACIONES.....	59
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
10. ANEXOS.....	67



## 1. INTRODUCCIÓN

Diversos estudios demuestran que una de las patologías más frecuentes en adolescentes es la depresión, debido a que la adolescencia es una etapa de cambios físicos, sociales, biológicos y psicológicos entre otros. Durante la práctica hospitalaria y rural se fue testigo de la falta de implementación de los programas de salud mental por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Se hizo notorio también el incremento de embarazos en adolescentes de los cuales se han realizado diversos estudios orientados a caracterización, complicaciones, factores de riesgo, etc. Sin embargo en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) en los últimos 10 años no se han realizado estudios para evaluar la depresión en adolescentes embarazadas. Por lo antes mencionado se decidió realizar un estudio que busca caracterizar a las adolescentes embarazadas y describir algunos de los factores asociados a la presencia de depresión.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para el año 2011 Guatemala presentó una tasa de fecundidad en adolescentes de 114 nacimientos por cada mil mujeres de 15-19 años de edad, por lo cual nuestro país se sitúa en el tercer lugar de las tasas más altas de fecundidad en Centroamérica. La proporción más alta de embarazos en adolescentes se da en mujeres sin educación (68%) y en las mujeres indígenas (54%). Un estudio realizado en el 2008, reveló algunas características de los embarazos en adolescentes de 10 a 17 años: el 40% son madres solteras, el 60% no asisten a la escuela, el 50% se desempeña en la economía informal. (1,2)

En las adolescentes la prevalencia de depresión es del 3 al 17%. Se ha descrito que la depresión es más frecuente en el grupo de madres adolescentes respecto a otros grupos de edad. Existe evidencia de una mayor prevalencia de depresión en mujeres embarazadas representada por un 17.1% el cual aumenta a 40.1% en aquellas con embarazos no planeados y complicaciones del mismo. En un estudio realizado en Medellín, Colombia en el 2009 en un grupo de adolescentes embarazadas utilizando el Test de ZUNG para diagnóstico de depresión, se llegó a la conclusión de que este diagnóstico es un problema de salud frecuente en dicha población, con una prevalencia del 32.8%. (3, 4, 5)

En el departamento de Chimaltenango la tasa de fecundidad en adolescentes es de 13 de cada mil mujeres entre 10 y 19 años de edad por año. La distribución de embarazos en adolescentes y sus respectivas tasas en los municipios a estudio fue la

siguiente: San Pedro Yepocapa 136 con una tasa de 35.90, Acatenango 90 con una tasa de 32.60, San José Poaquil 93 con una tasa de 31.20, Tecpán 216 con una tasa de 21.39 y San Juan Comalapa 110 con una tasa de 20.70, siendo estos 5 municipios los que presentan tasas más altas de embarazos en adolescentes en el año 2011 (Cuadro 1). (6)

El conocimiento de los datos anteriormente mencionados lleva a realizar la pregunta ¿Cuáles son las características que presentan las adolescentes embarazadas con depresión según datos demográficos y factores de riesgo para depresión en los municipios de San Pedro Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango?

Aunque en nuestro país existe información del problema de embarazo en adolescentes, los datos que existen sobre la frecuencia de la depresión en madres adolescentes son escasos, por lo cual el objetivo de la presente investigación es determinar la prevalencia de depresión y describir los factores de riesgo asociados en las adolescentes embarazadas en el departamento de Chimaltenango, por medio de un estudio descriptivo transversal.

De las 107 pacientes entrevistadas el 14.02% de estas no presentó depresión, sin embargo el 85.98% de las mismas presentó síntomas depresivos de los cuales la mayoría correspondían a depresión leve (47.66%). En relación a las características presentes en las adolescentes entrevistadas se pudo determinar que la mayoría se encontraba en adolescencia tardía, estaba casada y había cursado algún grado a nivel primario. Aunque si se evidenció la presencia de factores de riesgo en las pacientes, el mayor porcentaje de estas refirió no haber sufrido ningún tipo de violencia, proceder de una familia integrada, tener apoyo de la pareja, haber deseado el embarazo en curso y encontrarse en el tercer trimestre de gestación. Siendo los factores de riesgo con mayor prevalencia tercer trimestre de gestación, embarazo no deseado y violencia intrafamiliar.

La detección de adolescentes embarazadas con síntomas depresivos y su caracterización en los municipios del departamento de Chimaltenango, permitirá el reforzamiento de los programas de salud mental ya existentes y promoverá la creación de programas específicos para esta problemática en la salud mental de las adolescentes.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general:**

Caracterizar según datos demográficos y factores de riesgo para depresión a las adolescentes embarazadas con depresión en los municipios de San Pedro Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango, durante los meses de junio-julio del año 2012.

### **2.2. Objetivos específicos:**

- a. Identificar los grados de depresión en las adolescentes embarazadas con el Test de ZUNG.
- b. Describir los datos demográficos de las adolescentes embarazadas con depresión, siendo estos: etapa de la adolescencia, estado civil y escolaridad.
- c. Describir los factores de riesgo que están presentes en adolescentes embarazadas con depresión leve, moderada o severa, siendo estos: falta de apoyo de la pareja, desintegración familiar, violencia intrafamiliar, embarazo no deseado y edad gestacional.
- d. Determinar la prevalencia de factores de riesgo presentes en adolescentes embarazadas con depresión.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Contextualización del área de estudio

##### 3.1.1. Departamento de Chimaltenango:

El departamento de Chimaltenango está ubicado en la Región V (Central) del país. Ocupa una superficie aproximada de 1,979 km<sup>2</sup> y su cabecera departamental, Chimaltenango, se ubica aproximadamente a 1,800 metros sobre el nivel del mar. En 2010, a lo largo de sus 16 municipios vivían poco más de 595 mil personas. Se estima que un 50% de sus habitantes vive en áreas rurales. (7)

Del total de su población 78.6% es indígena y 60.5% se encuentra en pobreza (INE, Censo 2002 y ENCOVI 2006, respectivamente). La razón de mortalidad materna es 157.7 muertes por 100,000 nacidos vivos, superior al promedio nacional (136), de acuerdo al Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007 –SEGEPLAN/MSPAS-. (8)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) 2008-2009, la tasa de fecundidad en el departamento es de 3.6 hijos por mujer, aunque para ellas el número ideal de hijos es de 3.4 (ambos datos iguales al promedio nacional). La mayoría de partos son atendidos en casa o casa de comadrona (59%). El uso de métodos modernos de planificación familiar es de 32% y la necesidad insatisfecha es de 25.3%. Al compararlo con el promedio nacional, 44% y 20.8%, se observa que el acceso a métodos de planificación familiar no satisface las necesidades de las mujeres. (8)

La mortalidad infantil en el departamento es de 30 por 1,000 nacidos vivos, y la desnutrición crónica en niños entre 3 y 59 meses de edad, supera al promedio nacional (49.8%), registrándose 61.2%. (8)

En el departamento de Chimaltenango en el año 2011 la población adolescente asignada al área de salud fue de 149,847, de esta población 74,978 pertenece al sexo femenino. La distribución de embarazos en adolescentes por municipio fue la siguiente (6):

## CUADRO 1

Embarazos por municipio del Departamento de  
Chimaltenango, 2011

<b>MUNICIPIO</b>	<b>No. ADOLESCENTES</b>	<b>NO. EMBARAZOS</b>	<b>TASA</b>
Acatenango*	2761	90	32.6
Chimaltenango	14472	200	13.82
El Tejar	2800	34	12.14
Parramos	1842	30	16.28
Patzicia	4054	81	19.98
Patzún	6453	126	19.52
San Andrés Itzapa	3841	78	20.31
San José Poaquil*	2981	93	31.2
San Juan Comalapa*	5315	110	20.7
San Martín Jilotepeque	9214	18	1.95
San Miguel Pochuta	1436	19	13.23
San Pedro Yepocapa*	3788	136	35.9
Santa Apolonia	1921	39	20.3
Santa Cruz Balanyá	975	18	18.46
Tecpán*	10099	216	21.39
Zaragoza	3026	48	15.86

Fuente: Departamento de Epidemiología, Área de Salud, Chimaltenango

\* Municipios marcados con mayores tasas de embarazos en adolescentes para el año 2011

El Dr. Manfredo Orozco Fuentes<sup>1</sup>, informó que en el Área de Salud sí se cuenta con el Programa de Salud Mental, sin embargo la ejecución del mismo no ha sido posible por falta de recursos económicos y personal capacitado. El Área de Salud cuenta sólo con un psicólogo y un médico EPS de Psiquiatría, quienes atienden únicamente en el Hospital Nacional de Chimaltenango.

---

1 Entrevista realizada al Dr. Manfredo Orozco Fuentes, Jefe del Área de Salud del Departamento de Chimaltenango, el día 22 de febrero de 2012.

### 3.2. Antecedentes

En Guatemala se ha visto una mayor incidencia de embarazos en adolescentes en el área rural; en un estudio de tesis para Médico y Cirujano realizado en adolescentes, en el departamento de Chimaltenango del año 2,002, se encontró que la mayor incidencia de embarazos (67.48%) ocurrió al final de la adolescencia, la escolaridad es principalmente primaria incompleta (43.09%) y solo el 29.27% conocía acerca de educación sexual. Según este estudio los cinco municipios más afectados son Chimaltenango, Patzún, Patzicia, El Tejar y San Pedro Yepocapa. (9)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad. (10)

Entre las adolescentes es mayor la probabilidad de padecer depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios psicosomáticos, fisiológicos, psicológicos y psicosociales definiendo a su vez, su identidad, autonomía, con escasas expectativas de éxitos personal y profesional. En México una de cada 10 personas que asiste a los servicios médicos cursa con depresión. (10)

En un estudio basado en el Test de ZUNG realizado en el Hospital Perinatal del Estado de México, a adolescentes embarazadas, se entrevistó a 337 pacientes. El 98.2% presentó algún grado de depresión, siendo el grado leve de depresión el de mayor porcentaje (64.6%), seguido por depresión moderada con 32.8% y depresión severa con 1.2% y el 1.5% no presentó ningún grado de depresión. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se concluyó que los factores socio demográficos como la escolaridad y el estado civil, coinciden con la dinámica familiar e influyen en mayor o menor grado en la iniciación temprana de la actividad sexual. (10)

En Medellín, Colombia, en año 2009, se realizó un estudio en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez, que incluyó a 125 adolescentes que consultaban en ese mismo hospital, y a 125 adolescentes no embarazadas en el colegio Jorge Eliécer Gaitán de la Ciudad de Medellín. Las participantes respondieron al Test de ZUNG para la determinación de riesgo de depresión. En las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue del 32,8%, mientras que en el grupo de

estudiantes no embarazadas fue del 16.8%, por lo que concluyeron que la depresión es un problema frecuente en las adolescentes embarazadas que asisten a consulta al hospital. (3)

### **3.3. Epidemiología**

El embarazo en mujeres adolescentes es un problema de salud pública, ya que según las estadísticas se encontró un aumento en el número de partos a partir del año 2008 (Cuadro 2). (1)

De acuerdo con las proyecciones de población para el año 2008, las adolescentes entre los 10 y 14 años de edad, representaba el 12.3% del total de la población (7, 004,282), mientras que el grupo entre los 15 y 19 años conformaba el 10.8%; en conjunto, se trata de poco menos de un cuarto de la población femenina del país. De este universo, el 21.8% reporta que, en ese momento, estaba o alguna vez estuvo embarazada. Esto, aunado al inicio de las relaciones sexuales tempranas y a un bajo porcentaje de utilización de anticonceptivos entre las adolescentes (32.7%), las vulnera y expone a los embarazos no deseados. (11)

De acuerdo con los registros de la ENSMI para dicho año, el nivel de educación alcanzado por las adolescentes puede hacer la diferencia en la reducción de los niveles de fecundidad; las adolescentes sin educación alcanzan 185 nacimientos por mil mujeres en este rango de edad; con educación primaria se reportan todavía 124 nacimientos; pero con educación secundaria o universitaria se disminuye hasta 55 nacimientos. (11)

En el año 2010 se evidencia un aumento en el número de embarazos en adolescentes en relación a los años 2008 y 2009 (Cuadro 2). (2)

## CUADRO 2

Embarazos en Adolescentes en Guatemala, según OSAR, MSPAS y UNICEF

<b>AÑOS Y REFERENCIA</b>	<b>PARTOS REGISTRADOS</b>
2010 (OSAR)	48,050
2010 (MSPAS)	47,559
2009 (MSPAS)	39,928
2008 (UNICEF)	11,046

Fuente: OSAR, 2011; MSPAS, 2010; UNICEF, 2011.

Diferentes estudios sobre trastornos depresivos realizados en EE.UU. ofrecen resultados con márgenes de prevalencia bastante amplios: de entre un 0,4 y 2,5% en niños, y mayor rango de variabilidad aún en adolescentes: 0,4-8,3%. (12)

Un estudio realizado en Oregon, Estados Unidos, estimó que entre el 12% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años ha sido diagnosticado con algún desorden mental y que al menos una tercera parte de los jóvenes experimenta un segundo diagnóstico durante el resto de su vida. (13)

Estudios en España (Canals et al. 1995) refieren datos muy similares a los de Estados Unidos. Los datos de prevalencia de depresión mayor en adolescentes son similares a los encontrados en la población adulta: entre un 15 y un 20%. (12)

Los datos del Segundo Estudio Nacional de Salud y Consumo de Sustancias Psicoactivas sobre depresión leve, moderada y severa, sugieren que los jóvenes colombianos entre los 16 y 21 años muestran los más altos índices de depresión en comparación con otros rangos de edad. Además según los datos de Secretaría de Salud de Bogotá, en el año 2000 la tercera causa de muerte en los jóvenes de 14 a 26 años se debió a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) con un 7.0% del total de muertes (las mujeres 6.8% y los hombres 7.1%), después de las agresiones violentas y los accidentes de tránsito. (13)

### **3.4. Adolescencia y embarazo**

#### 3.4.1. Adolescencia:

##### 3.4.1.1. Definición:

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años. (14)

##### 3.4.1.2. Clasificación:

###### 3.4.1.2.1. Adolescencia temprana (10-13 años)

Se inician los grandes cambios físicos o biológicos. Por esta razón también se le llama pubertad. (14)

###### 3.4.1.2.2. Adolescencia media (14-16 años)

Es el periodo en que hay mayor apego a su grupo de amigos o pares, junto a estos, se sienten muy seguros. Aumenta el interés sexual, la masturbación y se pueden producir las primeras relaciones sexuales. (14)

###### 3.4.1.2.3. Adolescencia tardía (17-19 años)

Para esta etapa los órganos reproductores estarán completamente desarrollados. Estarán terminando su maduración y tienen un comportamiento más tranquilo y estable. Tienen una mayor capacidad de compromiso. (14)

La adolescencia no es un proceso exclusivamente biológico sino también psicológico y social, que asume características diferentes en las estructuras sociales y culturales. El proceso de la



adolescencia puede ser muy corto en aquellas áreas donde comienzan a trabajar precozmente como sucede en el área rural o urbano marginal, también va prolongándose en las áreas más desarrolladas, porque la pubertad se inicia cada vez más precozmente y la independencia va siendo postergada para edades más avanzadas, debido al mayor tiempo que usa el adolescente para preparar su inserción socio-laboral en la sociedad. (14)

#### 3.4.2. Embarazo en adolescentes:

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. 15 millones de mujeres menores de 20 años dan a luz, y estos nacimientos representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. La fecundidad adolescente se refiere a la frecuencia relativa de nacimientos dentro de la edad adolescente, y se mide según la cantidad de nacimientos de madres de 10 a 19 años por cada 1.000 mujeres de esa edad. (9,15)

El embarazo en la adolescencia está asociado a una mayor fecundidad a lo largo de la vida. Según datos recientes mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años, alcanzaron una descendencia de 4.8 hijos doce años después del nacimiento de su primogénito, en comparación con las que tuvieron su primer hijo después de los 23 años. (16)

Desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el embarazo en adolescentes es, en muchos sentidos, una situación compleja de carácter biológico, psicológico, social, cultural y económico porque afecta el bienestar y la salud integral de las mujeres jóvenes. Asimismo, las posiciona prematuramente en una situación de desventaja prolongada de cara a su futuro inmediato y mediato, en términos de la interrupción de su educación si son escolares, en su incorporación laboral más temprana, sin calificación suficiente y en la propensión a procrear familias numerosas, incluso puede llegar al extremo de recurrir al aborto inseguro. (11)

Estudios recientes sobre el tema revelan que la edad en la que los y las adolescentes se inician en las relaciones sexuales está disminuyendo; de hecho, la mediana nacional para la primera relación sexual, reportada para 2008-2009, es de 18.4 años. Sin embargo, la capacidad de esta población para evitar los embarazos no deseados, retardarlos o espaciarlos de manera consciente, no necesariamente se ha modificado en la misma dirección. En este sentido, las mujeres entre los 10 a 19 años son en la actualidad, uno de los segmentos poblacionales de mayor riesgo biológico y vulnerabilidad social. Ellas están más expuestas a experimentar partos prematuros, bajo peso de los neonatos, mortinatos, abortos e incluso la muerte. (11)

#### 3.4.2.1. Factores de riesgo en el embarazo en adolescentes:

El embarazo en la adolescencia, particularmente en mujeres muy jóvenes, implica un riesgo de múltiples complicaciones, puesto que puede provocar la muerte de la madre o del niño o hacer que uno o ambos padezcan impedimentos físicos o mentales por el resto de sus vidas. (17)

Los factores que se presentan en los adolescentes y que favorecen el embarazo, pueden ser: (18)

- ✓ Factores de riesgo individual:
  - a. Conocimiento y uso correcto de métodos anticonceptivos.
  - b. Aspectos psicológicos.
  - c. Bajo nivel de escolaridad.
  - d. Inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas.
  
- ✓ Factores de riesgo familiar:
  - a. Desintegración familiar.
  - b. Poca o ninguna comunicación intrafamiliar.
  - c. Abandono del hogar.
  
- ✓ Factores de riesgo cultural:
  - a. Machismo como valor cultural.
  - b. Discriminación.

- c. Rol tradicional de la mujer.
  - d. Religión.
- ✓ Factores de riesgo social:
- a. Condición económica.
  - b. Vivir en el área rural.
  - c. Matrimonio precoz.

#### 3.4.2.2. Consecuencias del embarazo en adolescentes:

El embarazo adolescente representa un problema social, debido a que no solo afecta a las personas y familias involucradas si no también a la sociedad en su conjunto. No obstante este fenómeno tiene consecuencias distintas para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general. El matrimonio y la maternidad precoz disminuyen las oportunidades de educación y trabajo futuro de las mujeres jóvenes. (19)

Cuando el embarazo de la joven se descubre o se hace saber, los adultos - habitualmente sus padres- toman partido de inmediato en la situación con actitudes, la mayoría de las veces de acogimiento y comprensión, si bien en algunas ocasiones la primera reacción es de violencia y rechazo. Según diferentes estudios hasta un 22% de las jóvenes embarazadas sufre algún tipo de violencia durante su proceso de embarazo siendo el agresor, en la mayoría de las ocasiones, un miembro de la familia. (19)

Las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el compañero, el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo. (20)

#### 3.4.2.2.1. Consecuencias orgánicas:

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente. En la literatura se describen:

- 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 (21)

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal. (22)

También hay una alta incidencia de anemia microcítica hipocrómica, la cual puede ser multifactorial. Sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia. La anemia es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados. (21)

En esta edad coinciden los dos períodos de mayor demanda nutricional del ser humano (adolescencia y embarazo). Un estudio efectuado por la Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) en el 2009, coloca al grupo de niñas de 10-14 años con altos grados de desnutrición y sin programas de atención nutricional. (2)

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. (22)

Dada la condición biológica y las características emocionales de las mujeres durante la adolescencia, los embarazos en este grupo, con frecuencia son consecuencia de la violencia sexual. Es, en este segmento de la vida, cuando se afrontan los mayores riesgos médicos, aumentando los riesgos de enfermar y morir si no se les presta una atención adecuada y oportuna. Lo anterior, sin mencionar la vulnerabilidad para contraer infecciones de transmisión sexual/ VIH sida. (2)

#### 3.4.2.2.2. Consecuencias psicológicas:

La madre adolescente además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que sigue siendo niña cognitiva, afectiva y

económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. (21)

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que ésta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como "factores suicidógenos circunstanciales". (23)

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia más los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo, las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas del entorno, la inquietud de un futuro incierto, la perturbación por las decisiones que se han de tomar y el vacío afectivo. (23)

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir dependiendo de sus padres y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. (21)

#### 3.4.2.2.3. Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales:

Los riesgos sociales de un embarazo en la madre adolescente se traducen en mayor deserción escolar y baja escolaridad, desempleo más frecuente, ingreso

económico reducido de por vida, mayor número de hijos, mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. (21)

El hijo de madre adolescente tiene mayor frecuencia de deserción escolar, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud. El aborto provocado es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado. (21)

Se considera que alrededor del 30% de las gestaciones adolescentes finaliza en aborto, si bien en algunas sociedades este porcentaje puede alcanzar el 50%. Habitualmente, cuanto mayor es el nivel cultural y educativo de la joven y sus padres, más probable es que se opte por el aborto. (19)

### **3.5. Depresión en adolescentes**

#### 3.5.1. Depresión:

##### 3.5.1.1. Definición:

Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento, y de los ritmos vitales que persisten por tiempo prolongado, habitualmente 2 semanas. (24)

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el

trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. (24)

La depresión es más frecuente en el sexo femenino, relación de 2 a 1, y esto ha sido atribuido a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. (24)

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con un promedio entre los 25-30 años, al parecer esta edad ha disminuido, y la frecuencia ha aumentado debido a cambios culturales, en la estructura familiar y a la urbanización creciente. Según la OMS también influyen en este aumento la longevidad, los cambios psicosociales rápidos, el aumento de las enfermedades crónicas y el consumo de ciertos fármacos. Se observa un aumento en la prevalencia en las personas menores de 20 años lo cual ha sido relacionado con el consumo de alcohol y drogas. (23)

#### 3.5.1.2. Presentación clínica:

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo a la sintomatología que los lleva a consultar:

##### ✓ Predominio depresivo (24):

Los síntomas más importantes son el ánimo deprimido y la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades. Se manifiestan por tristeza, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada o inapropiada, pensamientos de muerte, ideación o intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual. También pueden existir cefalea, manifestaciones hipocondriacas y ansiedad.



- ✓ Predominio somático: este se dividen en (24):
  - a. *Homeostasis general*: entre estos es frecuente la pérdida de peso, insomnio, fatigabilidad, somnolencia.
  - b. *Dolor*: este es el síntoma inicial en un 35% de los pacientes deprimidos. Los más comunes son cefaleas, dolores torácicos, artralgias, neuralgias; en general estos dolores son vagos, difusos, atípicos.
  - c. *Neurológicos*: el vértigo es uno de los síntomas más frecuentes, también se encuentran tinitus, visión defectuosa, fallas en la memoria y concentración.
  - d. *Autonómicos*: entre estos están palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad de la boca, visión borrosa, constipación.
  - e. *Otros*: sensación de "bola" en la garganta, dispepsia, prurito, menstruaciones irregulares, amenorrea, dismenorrea, impotencia.
  
- ✓ Predominancia de otros síntomas psiquiátricos (24):
  - a. *Ansiedad*: es la máscara más común de la depresión, esta es experimentada como una agonía diferente a la producida por las ansiedades de la vida normal.
  - b. *Alcoholismo y farmacodependencia*: aunque es más frecuente que estos cuadros produzcan una depresión secundaria, a veces ellos pueden ser una máscara psíquica de una depresión primaria.
  - c. *Hipocondría*: es una manifestación común de una depresión subyacente.

### 3.5.1.3. Clasificación según DMS IV (24):

- ✓ Trastorno depresivo mayor, episodio único:

Solo se ha presentado un episodio depresivo mayor. Ésta es la evolución menos frecuente.

- ✓ Trastorno depresivo mayor, recidivante:

Este es el más común y según investigadores estiman que se puede presentar hasta en el 80% de los pacientes. Se puede dividir de acuerdo a la severidad en:

- a. Leve
- b. Moderado
- c. Severo sin características psicóticas
- d. Severo con características psicóticas

- ✓ Trastorno distímico:

La característica principal es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de 2 años, y no puede tener un tiempo mayor de dos meses seguidos libres de sintomatología.

### 3.5.1.4. Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor DSM-IV (23):

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

<b>Criterios diagn3sticos del episodio depresivo mayor DSM-IV</b>
a. Estado de 3nimo depresivo la mayor parte del d3a, casi cada d3a seg3n lo indica el propio sujeto o la observaci3n realizada por otros. En los ni1os y adolescentes el estado de 3nimo puede ser irritable.
b. Disminuci3n acusada del inter3s o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del d3a, casi cada d3a (seg3n refiere el propio sujeto u observan los dem3s).
c. P3rdida importante de peso sin hacer r3gimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de m3s del 5 % del peso corporal en 1 mes), o p3rdida o aumento del apetito casi cada d3a. Nota: En ni1os hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
d. Insomnio o hipersomn3a casi cada d3a.
e. Agitaci3n o enlentecimiento psicomotores casi cada d3a (observable por los dem3s, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
f. Fatiga o p3rdida de energ3a casi cada d3a.
g. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada d3a (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
h. Disminuci3n de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisi3n, casi cada d3a (ya sea una atribuci3n subjetiva o una observaci3n ajena).
g. Pensamientos recurrentes de muerte (no s3lo temor a la muerte), ideaci3n suicida recurrente sin un plan espec3fico o una tentativa de suicidio o un plan espec3fico para suicidarse.

Fuente: Fundamentos de Medicina Psiquiatr3a, 1998. (24)

- ✓ Los s3ntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- ✓ Los s3ntomas provocan malestar cl3nicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras 3reas importantes de la actividad del individuo.
- ✓ Los s3ntomas no son debidos a los efectos fisiol3gicos directos de una sustancia o una enfermedad m3dica.
- ✓ Los s3ntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. despu3s de la p3rdida de un ser querido); los

síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (23)

### 3.5.2. Depresión en adolescentes:

Los factores causales de la depresión en adolescente son múltiples, entre ellos el genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. (25)

La mayoría de los autores sostienen que los trastornos depresivos en adolescentes tienen características similares a los trastornos depresivos de los adultos, con algunas diferencias de tipo evolutivo. A medida que aumenta la edad, aparecen síntomas cada vez más similares a los encontrados en adultos, con mayor repercusión en el funcionamiento y riesgo aumentado de suicidio y conductas auto-lesivas. La sintomatología y, sobre todo, el grado de interferencia en la vida del adolescente es la base para la clasificación en leve, moderada o severa. (12)

Los estudios de seguimiento muestran que la mayoría de los cuadros remiten entre los 6 y 9 meses, pero en casi la mitad de los casos hay recurrencias y continuidad en la vida adulta. Hay un porcentaje significativo de casos, hasta un 20%, que desarrollan a lo largo de la vida un trastorno bipolar (episodios depresivos alternando con manía o hipomanía). La historia familiar o la reacción maniforme ante fármacos antidepresivos se consideran factores de riesgo para desarrollar este tipo de trastornos. (12)

Los factores genéticos explican alrededor del 50% de la varianza, pero en los estudios sobre el tema se señala la importancia de factores ambientales. Algunos autores han sugerido que aquellos adolescentes con mayor riesgo genético, pueden ser más sensibles a los efectos de las adversidades ambientales. (12)

Factores asociados a mayor riesgo de inicio temprano de sintomatología y de recurrencia son: carga familiar, psicopatología parental, psicopatología previa, factores socio-ambientales negativos, estrés y acontecimientos vitales. En un intento de dar consistencia a todos estos datos, se ha sugerido que lo que se hereda puede ser la vulnerabilidad a padecer un trastorno ansioso o depresivo, pero que ciertos acontecimientos estresantes son necesarios para que se manifiesten estas alteraciones. (12)

Es probable que las pautas tempranas de interacción alteradas del adolescente con sus cuidadores puedan estar en la base de estrategias poco exitosas en la forma de manejar el estrés, que puedan explicar una predisposición a desarrollar cuadros de tipo depresivo. La presencia de conflictos familiares o falta de afecto pueden contribuir en un incremento en la vulnerabilidad. Pero también es importante considerar que, los adolescentes con depresión pueden generar conflictos que, a su vez, pueden contribuir al mantenimiento de interacciones negativas entre los miembros de la familia y a su propia depresión. (12)

La presencia de acontecimientos vitales tempranos como factor de riesgo de trastorno depresivo ha sido muy estudiada, sobre todo en adultos. Eventos específicos como pérdidas parentales, divorcio o exposición a suicidio parecen ser hallazgos consistentes también en muestras de adolescentes. (12)

De forma similar a la consistente investigación en el campo de la depresión en adultos, en estas edades también se ha encontrado que las distorsiones cognitivas, las atribuciones negativas, la tendencia a atribuir los acontecimientos a causas externas no controlables por el sujeto, el déficit en habilidades sociales y la baja autoestima son aspectos del estilo de funcionamiento depresivo que predicen los episodios depresivos. (12)

Las estadísticas muestran que las mujeres padecen depresión en mayor grado que los hombres debido a las diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales, tales como la secreción de estrógenos y progesterona, parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. (26)

### 3.5.3. Depresión en adolescentes embarazadas:

El embarazo puede ser una etapa tanto positiva como de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según Polaino-Lorente (1995), 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé. Se estima que la mitad de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollan depresión posparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante dicho período (Goldman, 2008). (26)

En el último tiempo se ha brindado cada vez mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal. (27)

Estudios han concluido que la evolución del embarazo, está influenciado por un problema psicosocial más que un riesgo biológico verdadero. Se ha demostrado que implementando programas de control destinados especialmente para las adolescentes embarazadas, se mejoran los resultados maternos y perinatales de éstas, no presentando mayor riesgo en cuanto a resultados obstétricos respecto a las mujeres adultas embarazadas. (27)

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

tener en cuenta que los cambios psicológicos presentes están condicionados por su historia de vida, relación con el progenitor, situación con la familia, edad, y especialmente, madurez personal. (26)

La elevada frecuencia de depresión en las jóvenes embarazadas coincide con reportes hechos por otros autores, la mayoría de ellas, estudiantes de secundaria que se encontraban viviendo con su pareja en unión libre; una de cada cuatro de estas adolescentes eran hijas de madres solteras. Estas particularidades socio-demográficas coinciden con las particularidades de la dinámica familiar que influyen, en mayor o menor grado, en la iniciación temprana de la vida sexual. (28)

A este respecto la OMS señala la necesidad de desarrollar 2 tipos de programas: uno orientado a promover la educación a impartir en las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva y orientar a las jóvenes a acceder a los servicios de salud preventiva y, el otro frente programático a legislar sobre el castigo enérgico a delincuentes sexuales y movilizar la opinión pública. (28)

El desarrollo efectivo de estos programas seguramente influiría positivamente no sólo en la disminución de la frecuencia de los embarazos, sino también en la frecuencia de la depresión durante el embarazo de las adolescentes. (28)

Si bien, la OMS afirma que las mujeres tienen entre 2 y 3 veces más posibilidades de padecer depresión y ansiedad, y que durante el embarazo y el postparto en países industrializados ocurre con una frecuencia de 10 a 15%. (28)

Una de las tantas situaciones a las que las adolescentes embarazadas se ven enfrentadas a tan temprana edad es la reacción de sus familias como primer factor de riesgo y la sociedad conservadora. En este caso puede observarse que el proceso de gestación es traumático, ya que la adolescente no es capaz de superarlo por sí sola, debido a que debe aplazar su condición de estudiante y abandonar sus aspiraciones académicas; a esto se le suma el hecho de que su nueva condición de

madre adolescente le exigirá la obtención de recursos económicos porque su compañero muchas veces está ausente o no sabe cómo responder, y ni ella ni el padre del bebé tienen oportunidades abiertas en el mercado laboral. Como consecuencia de esto, el núcleo familiar asume la responsabilidad, lo cual genera dependencia entre la adolescente y su familia, que cree tener derecho y autoridad para manejar la nueva situación de aquella. En muchos casos se ha visto cómo el nuevo individuo se convierte en un hijo más de la familia en condición de hermano de la madre adolescente (Profamilia, 1997). (29)

#### 3.5.3.1. Factores de riesgo para depresión en adolescentes embarazadas:

- *Etapas de la adolescencia:* La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia más los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo. Debido al período de vulnerabilidad característico de la adolescencia, resulta fácil comprender que las adolescentes que se embarazan necesitan de apoyo, comprensión y ayuda, ya que se encuentran más sensibles, vulnerables, inseguras y desvalorizadas que cualquier otra adolescente. (23,26)
- *Escolaridad y Estado civil:* La elevada frecuencia de depresión en las jóvenes embarazadas coincide con reportes hechos por otros autores, la mayoría de ellas, estudiantes de secundaria que se encontraban viviendo con su pareja en unión libre; una de cada cuatro de estas adolescentes eran hijas de madres solteras. (28)
- *Presencia y apoyo de la pareja:* La coincidencia de sucesos adversos, como la pérdida de la pareja por muerte, divorcio o separación también son considerados por la OMS dentro de los factores de riesgo. (28,29)
- *Integración familiar:* La OMS también menciona una mala relación con su pareja, la falta de apoyo práctico y emocional por la madre y/o la suegra y un apoyo social insuficiente, como



factores de riesgo. En el caso de las familias recompuestas, las adolescentes encuentran difícil adaptarse, quizá porque la presencia de un padrastro les dificulta afrontar la sexualidad y la autonomía (Berk, 1999). Asimismo, en las familias monoparentales, el desarrollo de la personalidad de la adolescente implica más dificultades de adaptación que en los hijos de familias nucleares; aquellos muestran menos autocontrol y enfoques menos maduros en la resolución de problemas. (28,29)

Algunas adolescentes consideran el embarazo como un rito iniciativo para la vida adulta, y es más frecuente que se produzca en adolescentes deprimidas, inseguras de su atractivo físico o pertenecientes a matrimonios conflictivos o divorciados que entre adolescentes con una vida estable (Kaplan, Sadoc & Grebb, s.f). (29)

- *Violencia física, psicológica y sexual:* La violencia intrafamiliar representa un factor de riesgo importante en el padecimiento de depresión en las adolescentes. La misma hace referencia a toda acción u omisión realizada por un miembro sobre otro del mismo grupo familiar, que cause dolor o sufrimiento físico y/o psicológico e incide negativamente en el desarrollo armónico de las personas, en este caso de las adolescentes. La violencia puede presentarse en formas de agresión física, psicológica y sexual. La agresión física puede encontrarse en 3 formas: (30,31)

- ✓ Sin Intención: la existencia de miles de niños y adolescentes que no asisten a la escuela, que trabajan en las calles, que utilizan drogas, que se prostituyen, que mueren por falta de medicina o tratamiento médico, que duermen o viven en casas en condiciones no habitables, que no tienen posibilidades de recreación, que están siendo agredidos por una sociedad o estado que no cumple con darle solución a sus necesidades básicas violentando sus derechos. (31)

- ✓ Por negligencia: cuando una adolescente sufre descuido por parte de los adultos, se le deja de dar alimentos, se descuida su salud o se abandona. (31)
  
- ✓ Con intención: son las más comunes y pueden ser: golpes fuertes, empujones, pellizcos, puntapiés, golpes con objetos, tirones de cabello, quemaduras, etc. (31)

La agresión psicológica es cuando se le humilla regañando delante de otras personas, cuando se le dice que no sirve para nada, cuando se le compara con otros hermanos o personas, cuando se dañan sus objetos, cuando no se le escucha, cuando no se respetan sus opiniones, cuando se le miente o engaña, cuando se limitan sus necesidades de recrearse, cuando se le exige más allá de su capacidad según la edad. (31)

Este tipo de agresión es tan sutil que es difícil de comprobar y ni los mismos padres tienen muchas veces conciencia de ello. Son tan imperceptibles que un adulto puede causar mucho daño a una adolescente creyendo que le está haciendo un bien. Por ejemplo: Cuando se le tolera todo o concede todo lo que pide y se le deja hacer lo que quiera, se le causa daño aun más cuando se le reprime. (31)

La agresión sexual está considerada por algunos como una forma física de agresión, sin embargo, los daños emocionales son mayores que los de tipo físico. Este abuso puede darse en forma de caricias deseadas o no deseadas por la menor; en forma de seducción y hasta violación. Los datos estadísticos de investigaciones realizadas en Nicaragua y otros países revelan un hecho alarmante: este tipo de abusos lo hacen en su mayoría personas adultas que tienen relación familiar con la víctima (padre, padrastro, tío, primo) o relaciones de amistad con la familia; o sea son conocidos de la víctima. (31)

- *Embarazo no deseado*: También, entre los factores que favorecen la depresión están no sólo el embarazo per se, sino el

embarazo no deseado, el cual la OMS define como aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno o que se da en una persona que ya no quiere reproducirse; resulta de relaciones sexuales no consensuadas o del fracaso de los métodos anticonceptivos. (28,29)

- *Edad gestacional:* El embarazo puede ser una etapa tanto positiva como de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según Polaino-Lorente (1995), 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé. (26)
- *Pobreza:* La pobreza y la adversidad social como vivir en condiciones de hacinamiento y carecer de empleo son considerados factores de riesgo para las adolescentes embarazadas según la OMS. En las áreas pobres se producen más familias disfuncionales, ya que se vive en condiciones de hacinamiento, estrés y crimen. (28,29)

#### 3.5.4. Curso psicológico del embarazo temprano:

##### ✓ Primer trimestre:

El embarazo inicia como una etapa complicada en la vida de la mujer, los cambios biológicos empiezan a manifestarse e implican una etapa de su desarrollo que, tal como en la adolescencia, trae consigo una etapa de adaptación. Se produce además un sinnúmero de emociones y sentimientos entre mezclados con dudas, temores e inseguridades. (32)

En este trimestre deben darse las adaptaciones hormonales correspondientes, provocando reacciones fisiológicas tales como las náuseas matutinas, mareos, vómitos, agotamiento, somnolencia, molestias ante ciertos olores, sabores de comida y pérdida de apetito.

También puede presentarse el riesgo de un aborto y la presencia de algunas infecciones. (32)

Mientras los cambios físicos se van dando, los niveles de ansiedad van aumentando, hasta cierto punto son normales para una mujer, pero se agudizan por tratarse de un embarazo temprano; y es precisamente porque hay temor al rechazo y los cambios físicos notorios, a los malestares propios de su estado. En el primer trimestre es donde más dudas se originan en las madres primigestas. Aunque no existen signos evidentes del embarazo, en su interior existe una revolución física y psíquica. (32)

✓ Segundo trimestre:

Se ha producido ya una adaptación de la madre a los cambios y ella acepta su embarazo. Los malestares disminuyen y se presenta una mejoría en su estado emocional, el riesgo de un aborto disminuye y se empiezan a sentir los primeros movimientos fetales. (32)

Su nivel de ansiedad a disminuido pero sigue siendo aún vulnerable a todos los factores predisponentes, pueden surgir nuevas preocupaciones de cualquier tipo, inestabilidad y temor. (32)

Socialmente ya ha aceptado su estado, la madre adolescente está más tranquila, sus relaciones familiares y sociales han mejorado. (32)

✓ Tercer trimestre:

Ya se encuentra en la etapa final de la gestación y nuevamente se enfrenta a un sinnúmero de situaciones que vuelven a provocar la elevación de sus niveles de ansiedad antes controlados. (32)

Surgen temores como miedo al dolor, dudas acerca del parto, además de sentirse ansiosa por conocer a su hijo, todas estas situaciones deberían no preocupar más de lo normal a la paciente, sin embargo en la condición de ser adolescente embarazada todos los cambios tienden a elevar su estado de ansiedad. (32)

### 3.5.5. Programa Nacional de Salud Mental:

Para el año 2020, el esfuerzo articulado de diversos actores sociales ha permitido construir una cultura de salud mental para el fomento de estilos de vida saludable y el acceso equitativo a servicios integrales, basados en la participación de la comunidad. (33)

El Programa Nacional de Salud Mental impulsará la implementación de la política nacional de salud mental, de normas y protocolos de atención y el fortalecimiento de los programas y servicios siguientes: (33)

- ✓ Fortalecer la red de servicios de salud incorporando el componente de salud mental en el marco del modelo integral de salud.
- ✓ Desarrollar capacidades técnicas locales para el abordaje de la salud mental.
- ✓ Movilizar actores sociales para intervenir sobre los determinantes sociales de la situación de salud mental, que garantice la participación social.
- ✓ Fomentar estilos de vida saludables.
- ✓ Investigar, vigilar e intervenir sobre procesos epidemiológicos en salud mental.

Las funciones del Programa Nacional de Salud Mental son: (33)

- ✓ Elaborar normas y protocolos de atención de salud mental.
- ✓ Contribuir al desarrollo de competencias técnicas de los equipos técnicos de las direcciones de áreas.
- ✓ Acompañar técnicamente, con énfasis en el componente salud mental, el proceso de implementación del Modelo de Atención de Salud Integral.

- ✓ Sistematizar las experiencias y herramientas de trabajo para identificar problemas comunes de distintas áreas de salud que permitan un abordaje integrado y resolución de los mismos.
- ✓ Participar en procesos de capacitación y actualización al personal de salud en la temática de salud mental.
- ✓ Propiciar espacios de coordinación con otras unidades técnicas de nivel central que apoyen la implementación del modelo.
- ✓ Apoyar y supervisar los servicios de salud mental en los diferentes niveles del sistema de salud.
- ✓ Fortalecer el sistema de registro estadístico de salud mental en los niveles de atención.
- ✓ Fortalecer el sistema de referencia y respuesta según niveles de resolución del Ministerio de Salud.
- ✓ Propiciar procesos de investigación de salud mental.

El programa Nacional de Salud Mental cuenta con los siguientes protocolos y normas (33):

- ✓ Normas de Salud Mental.
- ✓ Política de Salud Mental.
- ✓ Protocolo de Atención por Violencia Sexual.
- ✓ Protocolo de Atención por Problemas Frecuentes en Salud Mental.
- ✓ Protocolo de Atención por Violencia Intrafamiliar.
- ✓ Protocolo de Atención Infanto-Juvenil.
- ✓ Plan estratégico de Salud Mental.

### 3.6. Test de ZUNG

La escala autoaplicada de depresión de ZUNG (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por ZUNG en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. (34)

Esta es una escala psicométrica compuesta por 20 preguntas, cada una con 4 posibles opciones de respuesta que valoran el estado de ánimo. Y tiene un rango de puntuación de 20 a 80 puntos y se interpreta de acuerdo a los siguientes puntos de corte según la bibliografía anglosajona: no depresión <40 puntos, depresión leve 41-47 puntos, depresión moderada 48-55 puntos, depresión severa >55 puntos. Esta escala tiene unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%), esta escala de ZUNG ha sido ampliamente utilizada y la puntuación total no se altera por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, económico ni inteligencia y se encuentra validada al español para América Latina. (3, 35)





## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo y diseño de investigación:**

Estudio descriptivo transversal.

### **4.2. Unidad de análisis:**

#### 4.2.1. Unidad primaria de muestreo:

Viviendas y servicios de salud en las aldeas de los municipios de San Pedro Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango.

#### 4.2.2. Unidad de análisis:

Respuestas obtenidas por instrumento de recolección de datos.

#### 4.2.3. Unidad de información:

Adolescentes embarazadas comprendidas entre los 10 y 19 años de edad, residentes de las viviendas muestreadas y pacientes de los servicios de salud visitados.

### **4.3. Población y muestra:**

#### 4.3.1. Población universo:

Toda mujer adolescente embarazada de 10 a 19 años, residente de las viviendas y/o paciente de los servicios de salud en los municipios de San Pedro Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango.

#### 4.3.2. Marco muestral:

Listado de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años registradas en el archivo de historial de pacientes de los servicios de salud y las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años captadas en los municipios de San Pedro Yepocapa, Acatenango, San José Poaquil, Tecpán y San Juan Comalapa del departamento de Chimaltenango.

#### 4.3.3. Muestra:

No se tomó muestra ya que se incluyeron a todas las adolescentes embarazadas que se localizaron en los municipios seleccionados.

#### **4.4. Selección de los sujetos a estudio:**

##### ✓ Criterios de inclusión:

- a. Toda mujer adolescente embarazada de 10 a 19 años que aceptó participar voluntariamente en este estudio.
- b. Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que estaban registradas en el archivo de historial de pacientes de los servicios de salud y las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que llevaron su control prenatal con las comadronas en los municipios a estudio.
- c. Adolescentes embarazadas que no fueron originarias del departamento de Chimaltenango pero que iban a resolver su embarazo en este departamento.

##### ✓ Criterios de exclusión:

- a. Adolescentes embarazadas que residían en las aldeas a estudio pero que no se encontraron en la vivienda en el momento del estudio.
- b. Toda mujer adolescente embarazada de 10 a 19 años con deterioro neurocognitivo significativo que le impidió proveer información.

- c. Adolescentes embarazadas que no tuvieron nacionalidad guatemalteca.
- d. Toda mujer adolescente embarazada de 10 a 19 años que no hablara castellano.

#### 4.5. Definición y operacionalización de variables:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Instrumento
<b>Depresión</b>	Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas persistentes por dos semanas o más. (24)	Puntaje obtenido por medio del test de ZUNG * < 50 puntos no depresión * 51 a 59 puntos depresión leve * 60-69 puntos depresión moderada * >69 puntos depresión severa	Cualitativa	Ordinal	Test de ZUNG
<b>Etapas de adolescencia</b>	Período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica. Se clasifica en: Adol. Temprana, Adol. Media y Adol. Tardía (14)	Número de años cumplidos que refiere la adolescente de 10 a 19 años, clasificado según: * Adol. Temprana (10-13 años) * Adol. Media (14-16 años) * Adol. Tardía (17-19 años)	Cuantitativa discreta	De razón	Boleta de recolección de datos
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (36)	Número de ciclos aprobados en un sistema educativo formal	Cualitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos
<b>Estado civil</b>	Situación particular de las personas en relación con la institución del matrimonio (soltera, casada, viuda.) (37)	Situación en la que convive una persona en la sociedad, con relación a su pareja: soltera, casada, unida, viuda o divorciada.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

<p><b>Falta de apoyo de la pareja</b></p>	<p>Cualidad de la pareja en donde no se reconocen las necesidades de ambas personas, no se comparten los sentimientos, habilidades y actitudes individuales, ambas partes no demuestran capacidad para tolerar las desilusiones y las crisis, perdiendo confianza, cercanía y la atención. (38)</p>	<p>Respuesta negativa ante la pregunta con inciso b de la serie II del instrumento de recolección de datos</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>
<p><b>Desintegración Familiar</b></p>	<p>Familia en la cual ambos padres no viven, conviven ni cumplen sus funciones. (39)</p>	<p>Hogar no integrado por padre y madre de la adolescente al momento del embarazo</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>
<p><b>Violencia Intrafamiliar</b></p>	<p>Hace referencia a toda acción u omisión realizada por un miembro sobre otro del mismo grupo familiar, que cause dolor o sufrimiento físico y/o psicológico e incide negativamente en el desarrollo armónico de las personas, vulnera sus derechos fundamentales y les afecta en los ámbitos personal, familiar y social. (30)</p>	<p>Respuesta positiva ante cualquier forma de violencia física, psicológica y/o sexual dentro del núcleo familiar de la adolescente</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>

<b>Embarazo no deseado</b>	Es aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o que se da en una persona que ya no quiere reproducirse; resulta de relaciones sexuales no consensuadas o del fracaso de los métodos anticonceptivos. (29)	Respuesta negativa para la pregunta con inciso b de la serie III del instrumento de recolección de datos	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
<b>Edad gestacional</b>	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. (40)	Semana gestacional indicada por la adolescente embarazada	Cuantitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos
<b>Prevalencia de factores de riesgo en adolescentes con depresión</b>	Proporción de personas que en un área geográfica y periodo de tiempo establecido sufren una determinada enfermedad. (6)	Número de adolescentes embarazadas deprimidas con factores de riesgo/ número de adolescentes embarazadas deprimidas	Cuantitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

#### **4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos:**

##### 4.6.1. Técnicas:

Los datos de la investigación fueron recolectados por medio de una encuesta cara a cara dirigida a adolescentes embarazadas. La encuesta fue diseñada para adolescentes de diferentes estatus sociales y niveles educativos por lo cual no requiere que la persona sea alfabeta. Se realizó en una sola sesión y el promedio de tiempo necesario para completarlo fue de 25 minutos.

##### 4.6.2. Procedimientos:

✓ Validación del instrumento de recolección de datos:

Se realizó a 15 personas con características similares que residían en el municipio de Chimaltenango.

✓ Trabajo de campo:

Se realizó dicha fase del 11 de junio al 20 de julio de 2012, cumpliendo con las siguientes actividades:

- a. Programación de reunión con el personal de los servicios de salud y comadronas.
- b. Reunión con personal de servicios de salud y comadronas en la que se solicitó apoyo en citación de adolescentes embarazadas para realizar entrevista.
- c. Se reprodujo el instrumento de recolección de datos validado (125).
- d. Se distribuyeron las encuestas a cada integrante del grupo de investigación según estimaciones de cada municipio a estudio.

- e. Desplazamiento de las integrantes a las comunidades en transporte propio.
- f. Se dio lectura del consentimiento informado.
- g. Aceptada la participación en el estudio, se procedió, por parte de la entrevistada a firmar o plasmar su huella dactilar en el consentimiento informado.
- h. Se entrevistaron a las pacientes citadas en los servicios de salud de 08:00 a 12:00 hrs.
- i. Se recolectaron datos en cada una de las viviendas de las pacientes que no acudieron al servicio de salud en horario de 8:00 a 14:00 hrs.
- j. Se resolvieron dudas del mismo.
- k. Se agradeció la colaboración y participación.
- l. En horas de la tarde cada integrante del grupo de investigación ingresó la información recolectada a la base de datos.

#### 4.6.3. Instrumentos:

El instrumento de recolección de datos está compuesto de dos partes, la primera consiste en una encuesta conformada por cuatro secciones: datos generales, situación familiar y antecedentes gineco-obstétricos; la segunda conformada por el Test de ZUNG que consta de 20 preguntas de opción múltiple. Las preguntas siguen una serie lógica y están esquematizadas para tener respuestas cerradas. El instrumento se estructuró con base a las variables del estudio, esto llevó 5 días de elaboración; luego fue presentado a la asesora quién lo revisó y corrigió.



#### 4.7. Procesamiento y análisis de datos:

##### 4.7.1. Procesamiento:

Se creó una base de datos para recopilar información y administrar la misma; con el programa Excel con base a los datos estadísticos obtenidos se generaron cuadros detallados y exactos, los datos se almacenaron en tablas; en las columnas se asignaron las variables y en las filas los datos obtenidos a través de la encuesta. Para simplificar la administración y el análisis de datos obtenidos, se procesaron de manera individual, y se trabajó en hojas electrónicas de Excel donde se generaron reportes detallados, con fórmulas incluidas que permitieron realizar cuadros simples, presentaciones y detalles de la información.

Los datos recolectados fueron ingresados a la base de datos por cada uno de los investigadores, en su computadora personal.

##### 4.7.2. Análisis:

Las variables depresión, edad, escolaridad, estado civil, integración familiar, violencia intrafamiliar, embarazo no deseado y edad gestacional fueron presentadas individualmente en tablas de frecuencia/porcentaje.

MODELO DE TABLAS FRECUENCIA-PORCENTAJE

	FACTOR DE RIESGO			Total	
	1	2	3		
Total					
%					

Para las variables depresión, edad, estado civil y escolaridad, se utilizó como parámetro estadístico la moda, donde se hizo evidente la característica más frecuente que presentaron las adolescentes en la población a estudio.

Para la variable edad gestacional se utilizó como parámetro estadístico la media aritmética, con lo que se evidenció el promedio de la característica anterior en las adolescentes embarazadas en la población a estudio.

Además se determinó la proporción de adolescentes embarazadas dentro del total de mujeres adolescentes comprendidas entre las edades de 10 a 13 años, de 14 a 16 años y de 17 a 19 años en las comunidades a estudio, a fin de determinar el porcentaje de la población gestante dentro de este grupo etario.

Se determinó la relación de depresión según la influencia de: escolaridad, estado civil, integración familiar, violencia intrafamiliar, embarazo no deseado y edad gestacional; por medio de la tabla que se presenta a continuación. Se evidenciaron cuales fueron los factores de riesgo predominantes en las pacientes con síntomas de depresión.

TABLA DE RELACIÓN DE VARIABLES

FACTORES DE RIESGO	DEPRESIÓN			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
Subdivision				
%				
Subdivision				
%				
Subdivision				
%				

#### 4.8. Alcances y límites de la investigación:

##### 4.8.1. Alcances:

Los datos obtenidos podrán ser utilizados por el Área de Salud de Chimaltenango y la delegación departamental del Ministerio de Educación para la elaboración de programas específicos que vayan dirigidos a la población de estudio, los cuales tendrán un impacto positivo en la población adolescente, permitiendo un servicio de salud integral tanto en salud física como en salud mental.

#### 4.8.2. Límites:

Entre los factores que limitaron la realización de esta investigación están:

- a. Veracidad de la información.

#### 4.9. Aspectos éticos de la investigación:

Durante la realización de esta investigación, se cumplieron los 3 principios éticos básicos que son: *respeto por las personas, beneficencia y justicia*.

Respeto por las personas, ya que al brindarles el consentimiento informado las adolescentes embarazadas pudieron decidir participar voluntariamente en el estudio.

Beneficencia a las participantes porque se compartieron los datos obtenidos durante el estudio para mejorar la calidad de atención hacia las adolescentes embarazadas y al mismo tiempo se protegió la identidad de las participantes. Además este estudio es de categoría I, ya que no se realizó ninguna modificación intervencional en las variables estudiadas.

Se incluyeron a todas las adolescentes embarazadas que decidieron participar en esta investigación.



## 5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación realizada en 107 adolescentes embarazadas con depresión en el departamento de Chimaltenango durante un periodo de 6 semanas. Se entrevistó a este grupo de adolescentes embarazadas, de las cuales 92 presentaron depresión. En el anexo 4 se presentan los datos desagregados por cada uno de los cinco municipios estudiados. Los resultados en relación a datos demográficos y factores de riesgo se presentan en tablas con el siguiente orden:

1. Grados de depresión
2. Datos demográficos
3. Factores de riesgo
4. Relación de grados de depresión con factores de riesgo
5. Prevalencia de factores de riesgo

**Tabla 1**  
**Distribución de adolescentes embarazadas según grados de depresión**  
**Departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>DEPRESIÓN</b>	<b>Subtotal</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>No Depresión</b>	15	15	14.02
<b>Depresión</b>		92	85.98
<b>Leve</b>	51		47.66
<b>Moderada</b>	39		36.45
<b>Severa</b>	2		1.87
<b>Total</b>		107	100

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012

**Tabla 2**

**Distribución de adolescentes embarazadas según la etapa de adolescencia en los municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>DATOS</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>DEMOGRÁFICOS</b>				
<b>ETAPA DE LA ADOLESCENCIA</b>			92	100
Adol. Temprana	0	0		
Adol. Media	14	15.22		
Adol. Tardía	78	84.78		
<b>ESCOLARIDAD</b>			92	100
Sin Escolaridad	3	3.26		
Primaria	60	65.22		
Secundaria	15	16.30		
Diversificado	13	14.13		
Universidad	1	1.09		
<b>ESTADO CIVIL</b>			92	100
Soltera	10	10.87		
Unida	30	32.61		
Casada	52	56.52		
Divorciada	0	0		
Viuda	0	0		

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012

**Tabla 3**

**Distribución de factores de riesgo en adolescentes embarazadas en los municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>FALTA DE APOYO DE LA PAREJA</b>			92	100
Si	78	84.78		
No	14	15.22		
<b>DESINTEGRACIÓN FAMILIAR</b>			92	100
Si	70	76.09		
No	22	23.91		
<b>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</b>			92	100
No violencia	57	61.96		
Psicológica	12	13.04		
Física	17	18.48		
Sexual	6	6.52		
<b>EMBARAZO NO DESEADO</b>			92	100
Si	48	52.17		
No	44	47.83		
<b>EDAD GESTACIONAL</b>			92	100
Primer trimestre	6	6.52		
Segundo trimestre	32	34.78		
Tercer trimestre	54	58.70		

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012

**Tabla 4**

**Relación de los grados de depresión con factores de riesgo encontrados en adolescentes embarazadas en los municipios estudiados  
Departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

FACTORES DE RIESGO	DEPRESIÓN			TOTAL
	LEVE	MODERADA	SEVERA	
<b>FALTA DE APOYO DE LA PAREJA</b>	7 (7.61%)	6 (6.52%)	1 (1.09%)	14 (15.22%)
<b>DESINTEGRACIÓN FAMILIAR</b>	14 (15.22%)	8 (8.70%)	0 (0%)	22 (23.91%)
<b>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</b>	19 (20.65%)	16 (17.39%)	0 (0%)	35 (38.04%)
<b>EMBARAZO NO DESEADO</b>	25 (27.17%)	22 (23.91%)	1 (1.09%)	48 (52.17%)
<b>EDAD GESTACIONAL</b>				
<b>Primer trimestre</b>	5 (5.43%)	1 (1.09%)	0 (0%)	6 (6.52%)
<b>Tercer trimestre</b>	28 (30.43%)	24 (26.09%)	2 (2.17%)	54 (58.69%)

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012



**Tabla 5**

**Prevalencia de factores de riesgo en adolescentes embarazadas que  
presentan algún grado de depresión en los municipios estudiados  
Departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>FACTOR DE RIESGO</b>	<b>PREVALENCIA</b>
<b>FALTA DE APOYO DE LA PAREJA</b>	15.22
<b>DESINTEGRACIÓN FAMILIAR</b>	23.91
<b>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</b>	38.04
<b>EMBARAZO NO DESEADO</b>	52.17
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	
<b>Primer trimestre</b>	6.52
<b>Tercer trimestre</b>	58.70

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012



## 6. DISCUSIÓN

Del total de 107 pacientes adolescentes entrevistadas, el 85.98% (n=92) presentó algún grado de depresión según el Test de ZUNG (tabla 1). Entre las adolescentes que manifestaron síntomas de depresión, el 47.66% presentó depresión leve, seguido de un 36.45% con depresión moderada. La prevalencia de depresión leve y moderada en adolescentes embarazadas en este estudio es congruente con el estudio realizado en el Hospital Perinatal del estado de México, en el cual la depresión leve se presentó en un 64.6% y la depresión moderada en un 32.8%. Los resultados previamente descritos confirman lo que se menciona en el marco teórico, en relación en que las adolescentes son afectadas por factores psicobiosociales, y pueden presentar diversos cuadros de depresión, además el embarazo en la adolescencia aumenta la prevalencia de esta patología, la cual se suma a los factores influyentes en las adolescentes incluidas en este estudio. (10,25)

De las adolescentes embarazadas entrevistadas en este estudio el 84.78% (n=78) se encuentra en la etapa tardía de la adolescencia (17 a 19 años). Estos datos confirman lo que se menciona en la tesis "Control prenatal, parto y post parto en la adolescente en el Hospital Nacional de Chimaltenango" y lo que se reporta en el Tercer informe de SEGEPLAN; en los que se menciona que la mayor prevalencia de embarazos ocurrió al final de la adolescencia y que la mediana nacional para el inicio de relaciones sexuales es de 18.4 años. (9,11)

El estado civil de las adolescentes que se presentó con mayor frecuencia corresponde a casadas con un 56.52% (n=52). Es común encontrar matrimonios precoces en el área rural debido a la influencia de costumbres y creencias culturales; esto explica el alto porcentaje de entrevistadas en etapa tardía de la adolescencia que refieren estar casadas. (18)

En relación a la educación de las adolescentes embarazadas entrevistadas, el 96.74% (n=89) refirió tener algún grado de escolaridad y el 3.26% (n=3) refirió no tener ningún grado de escolaridad. Del total de adolescentes con algún grado de escolaridad el 65.22% (n=60) cursó algún grado del nivel primario, estos resultados son similares a los encontrados en la tesis "Control prenatal, parto y post parto en adolescentes" en el departamento de Chimaltenango, en el que las entrevistadas presentaban principalmente estudios incompletos a nivel de primaria en un 43.09%. La educación en la mujer en el área rural se ve afectada por diversos factores

culturales, entre los cuales podemos incluir el que a ellas se les asignan las tareas del hogar y contraen matrimonio a temprana edad, por lo que se ven obligadas a abandonar sus estudios. Es importante mencionar que dentro de los programas de educación no existe un énfasis en educación sexual orientada a la prevención del embarazo en adolescentes. (9)

Los factores de riesgo estudiados en esta investigación, son mencionados dentro del estudio de Medellín Colombia, en el estudio realizado en el Policlínico Docente José Martí en Cuba y en el Manual de capacitación para promoción de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, del MSPAS. Estos estudios no proporcionan datos con los que se puedan comparar los resultados descritos a continuación.

En relación a los factores de riesgo y grados de depresión, el 15.22% (n=14) dijo no recibir apoyo de su pareja. La presencia de la pareja durante el embarazo es de gran importancia para el estado emocional de la mujer, y aún más en la etapa de la adolescencia en la cual hay muchos cambios psicológicos y emocionales, por lo cual con la ausencia de la pareja y la falta de apoyo de la misma, aumenta la posibilidad de que se presente depresión. Sin embargo como la mayoría está casada, este no es un factor de riesgo frecuente entre las adolescentes embarazadas de este grupo. (28,29)

El 23.91% (n=22) no tenía un hogar integrado al momento del embarazo. La falta de integración familiar se considera un factor de riesgo debido a la falta de apoyo práctico y emocional por la madre o la suegra, un apoyo social insuficiente, y el hecho de que algunas adolescentes consideran el embarazo como un rito iniciativo para la vida adulta; las adolescentes que provienen de un hogar desintegrado encuentran difícil adaptarse, muestran menos autocontrol y enfoques menos maduros en la resolución de problemas. (28,29)

El 38.04% (n=35) de las entrevistadas refirió sufrir algún tipo de violencia intrafamiliar; el tipo de violencia más referido es la violencia física con un 18.48% (n=17), seguido de violencia psicológica 13.04% (n=12) y 6.52% (n=6) con violencia sexual. La violencia intrafamiliar representa un factor de riesgo importante en el padecimiento de depresión e incide negativamente en el desarrollo armónico de las adolescentes. (30)

En embarazo no deseado el 52.17% (n=48) de las adolescentes embarazadas entrevistadas no deseaban quedar embarazadas al momento de tener relaciones;

algunas de ellas no sabían que en su primera relación sexual podían quedar embarazadas, otras deseaban haber esperado más tiempo entre un embarazo y otro, y en un caso la paciente no deseaba su embarazo ya que fue producto de abuso sexual. El 47.83% (n=44) deseaba su embarazo, estas adolescentes referían que anhelaban ser madres y con eso su vida sería plena.

Los datos encontrados en el estudio en relación a factores de riesgo no muestran congruencia con el porcentaje de pacientes deprimidas; las pacientes que refirieron tener apoyo de su pareja, provenir de una familia integrada y no sufrir ningún tipo de violencia y a pesar de eso estar deprimidas; podrían haber dado una información no verídica debido a la falta de confianza con la entrevistadora, al temor de ser juzgadas o verse coaccionadas por la presencia de su pareja. Por lo cual es necesario considerar la realización de un estudio en el que se pueda obtener información más precisa.

La edad gestacional mayormente encontrada fue la equivalente al tercer trimestre con un 58.70% (n=54), seguido del segundo trimestre con 34.78% (n=32) y un 6.52% (n=6) en el primer trimestre. Estos resultados confirman lo que estudios previos indican acerca de que la depresión es frecuente en el tercer trimestre de embarazo, no siendo los resultados similares en cuanto al primer trimestre; es importante resaltar que en este estudio la prevalencia fue notoria en el segundo y tercer trimestre de embarazo lo que nos lleva a concluir que la depresión puede presentarse en cualquier trimestre del embarazo. (26)

Las adolescentes embarazadas que presentaron depresión leve se encontraban en su mayoría en la etapa tardía de la adolescencia, refirieron haber tenido apoyo de su pareja, provenían de una familia integrada, dijeron no haber sufrido ningún tipo de violencia intrafamiliar y se encontraban en el tercer trimestre de un embarazo deseado (tabla 4).

Dentro de los factores de riesgo estudiados, se determinó la prevalencia de los mismos con el fin de identificar cuál de estos podría ejercer una mayor influencia en las adolescentes embarazadas con algún grado de depresión (tabla 5).

Fue la edad gestacional en el tercer trimestre de embarazo la que muestra mayor prevalencia 58.70%, seguida de embarazo no deseado con 52.17% y violencia intrafamiliar con 38.04%. Con estos resultados podemos afirmar que tanto la edad

gestacional como el embarazo no deseado y la violencia intrafamiliar son factores de riesgo para las adolescentes embarazadas incluidas en este estudio.

## 7. CONCLUSIONES

- 7.1. Del total de adolescentes entrevistadas, el 85.98% presentó algún grado de depresión según el Test de ZUNG. Entre las adolescentes que manifestaron síntomas de depresión, el 47.66% presenta depresión leve.
- 7.2. De las adolescentes embarazadas entrevistadas en este estudio el 84.78% se encuentra en la etapa tardía de la adolescencia (17 a 19 años), el 56.52% eran casadas y el 65.22% cursó algún grado de primaria.
- 7.3. En cuanto a los factores de riesgo presentes en adolescentes embarazadas según grados de depresión, el 20.65% de las adolescentes que presentaron depresión leve refirió padecer algún tipo de violencia intrafamiliar; el 52.17% no deseaban quedar embarazadas y el 30.43% se encontraban en el tercer trimestre de gestación. En depresión moderada el 17.39% de las entrevistadas refirió presentar algún tipo de violencia intrafamiliar; el 27.17% no deseaban quedar embarazadas y el 26.09% se encontraba en el tercer trimestre de gestación. En depresión severa las entrevistadas refirieron no haber padecido ningún tipo de violencia intrafamiliar; el 1.02% no deseaban quedar embarazadas y el 2.17% se encontraba en el tercer trimestre de gestación.
- 7.4. Los factores de riesgo para depresión con mayor prevalencia en el estudio fueron edad gestacional en el tercer trimestre con 58.70, embarazo no deseado con 47.83 y violencia intrafamiliar con 38.04.





## 8. RECOMENDACIONES

### 1. **Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS):**

Reforzar el Programa Nacional de Salud Mental en el área rural, ya que este existe pero no se lleva a cabo por falta de recursos económicos y humanos.

### 2. **Al Área de Salud de Chimaltenango:**

Extender la cobertura del programa de salud mental en cada uno de los municipios correspondientes al área de salud para brindar una atención integral.

### 3. **A la Facultad de Ciencias Médicas y Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala:**

Trabajar conjuntamente en la práctica de Ejercicio Profesional Supervisado Rural. El estudiante de medicina de pregrado está preparado para la detección de las patologías de salud mental, pero es el estudiante de psicología quien lleva la práctica de los diferentes tipos de terapia, por lo que sería ideal que trabajaran en equipo para un manejo integral de las pacientes.

### 4. **A los estudiantes de sexto año de la carrera de Médico y Cirujano y los médicos residentes del postgrado de Psiquiatría:**

Continuar con la investigación correspondiente de este tema para desarrollar un enfoque analítico del mismo.

### 5. **A los médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia:**

Poner mayor énfasis en la salud mental de la mujer embarazada, tomando en cuenta que además de los factores de riesgo a nivel biológico, existen factores de riesgo psicosociales que afectan la salud de la mujer embarazada y deben considerarse para brindar un tratamiento integral.



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF La adolescencia, datos y cifras de Guatemala. [en línea]. Guatemala: UNICEF; 2011. [accesado 10 Dic 2011]. Disponible en: [http://www.unicef.org.gt/1\\_recursos\\_unicefgua/publicaciones/sowc2011/Estado%20Mundial%20Infancia%202011%20Adolescencia-GUA.pdf](http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/publicaciones/sowc2011/Estado%20Mundial%20Infancia%202011%20Adolescencia-GUA.pdf)
2. Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva OSAR. Embarazo en niñas y en adolescentes en Guatemala. [en línea]. Guatemala: OSAR; 2011 [accesado 12 Ene 2012]. Disponible en: [http://www.osarguatemala.org/userfiles/boletin%20correcciones%205-4-11-1\\_opt.pdf](http://www.osarguatemala.org/userfiles/boletin%20correcciones%205-4-11-1_opt.pdf)
3. Bonilla O. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín, Colombia, 2009. Estudio de Corte Transversal. Rev Col Obstet Ginecol [en línea] 2010 [accesado 14 Ene 2012]; 61(3): 207-213. Disponible en: [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol61No3\\_Julio\\_Septiembre\\_2010/v61n3a04.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol61No3_Julio_Septiembre_2010/v61n3a04.pdf)
4. World Health Organization. The global burden of disease: update 2004. [en línea]. Geneva: WHO; 2004. [accesado 11 Dic 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)
5. World Health Organization. Mental Health. Depression. [en línea]. Geneva: WHO; 2012. [accesado 21 Ago 2010.] Disponible en : [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología. Área de Salud Chimaltenango. Guatemala: MSPAS; 2011.
7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano: Chimaltenango. Guatemala: PNUD; 2011. [accesado 10 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.desarrollohumano.org.gt/fasciculos/pdfs/d4.pdf>

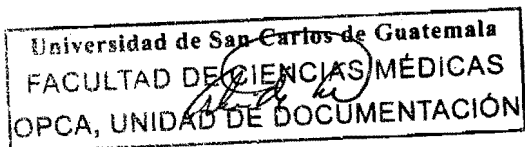
8. Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva OSAR. Chimaltenango. [en línea] Guatemala: OSAR; 2009. [accesado 2 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/node/29>
9. Magzul Tucux M R. Control prenatal, parto y post-parto en la adolescente, Hospital Nacional de Chimaltenango, Junio-Julio 2,002. Guatemala. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2002.
10. Trejo H, Torres J, Medina M, Briones J, Meneses J, Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Rev Mex Ped [en línea] 2009 Ene-Feb [accesado 12 Dic 2011]; 76(1): 9-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp091c.pdf>
11. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación. Tercer informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio. Objetivo 5: Mejorar la salud materna. [ en línea] Guatemala: SEGEPLAN; 2010. [accesado 8 Feb 2012] Disponible en: <http://www.segeplan.gob.gt/downloads/ODM/III%20informe/ODM5.pdf>
12. Otero Cuesta S. Depresión y suicidio en niños y adolescentes. Pediatr Integral. (España) [en línea]. 2004 [accesado 15 Mar 2012]; 8(8):635-641. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Depresion\\_suicidio\\_ninos\\_adolescentes\(3\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Depresion_suicidio_ninos_adolescentes(3).pdf)
13. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Rev Colomb de Psicol. [en línea] 2004 [accesado 17 Mar 2012]; 13: 17-32. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/804/80401303.pdf>
14. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Atención de adolescentes, manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala: MSPAS, SIAS; 1999.

15. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y desafíos. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. [en línea]. 2007 Ene [accesado 07 Ene 2012]; (4): 1-12. Disponible en: [http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios\\_4\\_esp\\_Final.pdf](http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf)
16. Taracena R, Vicente C. Embarazo adolescente ¿Con que frecuencia se embarazan las adolescentes?. [en línea] México: GIRE; 2003. [accesado 10 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.gire.org.mx/publica2/embarazoact03.pdf>
17. Orozco N, Vaillant S, Cumbá O. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia: Policlínico Docente José Martí. MEDISAN [en línea] 2005 [accesado 10 Ene 2012]; 9(2): [9 pantallas]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_2\\_05/san09205.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san09205.pdf)
18. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de capacitación para promoción de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes. Guatemala: MSPAS; 2005.
19. Lete Lasa I, De Pablo J, Martínez Arévalo C, Parrilla Paricio J. Embarazo en la Adolescencia. En: Manual de salud reproductiva en la adolescencia. [en línea]. España: Sociedad Española de Contracepción; 2001. [accesado 14 ene 2012]. Disponible en: [http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/26%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/26%20Salud%20reproductiva%20e.pdf)
20. Secretaría De Salud Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. [en línea]. México: La Secretaría; 2002. [accesado 28 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
21. Ulanowic M, Parra K, Wendler G, Monzón L. Riesgos en el embarazo adolescente. Rev de Posgrado de la VI Cátedra de Med [en línea] 2006 Ene [accesado 22 Ene 2012]; 1(1): 1-5. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.pdf)

22. Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. (Chile). [en línea] 2008 [accesado 2 Feb 2012]; 5(1): 42-51. Disponible en: [http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
23. Bonilla Sepúlveda O. Madres adolescentes: perfil epidemiológico y asociación con trastornos depresión, ansiedad y adaptativo. [en línea].Medellín: Universidad CES; 2009. [accesado 23 Ene 2012] Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/701/1/Perfil%20epidemiologico%20madres%20adolescentes.pdf>
24. Toro RJ, Yepes LE. Fundamentos de medicina psiquiatría. 3ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1998.
25. Leyva Jiménez R, Hernández Juárez A, Nava Jiménez G, López Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [en línea] 2007 [accesado 2 Feb 2012]; 45 (3): 225-232. Disponible en: [http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gra\\_art/A62.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A62.pdf)
26. Martínez Lanz P, Waysel KR. Depresión en adolescentes embarazadas. Enseñanza e Investigación en Psicología. [en línea] 2009. [accesado 14 Ene 2012]; 14(2):261-274. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29211992004.pdf>
27. Pimentel B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de La C.N.S, La Paz Bolivia. Rev Paceña Med Fam [en línea] 2007 [accesado 17 Ene 2012]; 4(5): 1-5. Disponible en: [http://www.mflapaz.com/revista\\_5\\_pdf/3%20riesgo%20obstetrico.pdf](http://www.mflapaz.com/revista_5_pdf/3%20riesgo%20obstetrico.pdf)
28. Parés A, Brindis D, Angeles L, Sanabria X. Factores psicosociales de riesgo de depresión mayor en la adolescencia. Mexico Quarterly Review. [en línea] 2010 Dic [accesado 23 Ene 2012]; 1(4): 20-41. Disponible en: [http://admin.udla.mx/mrs/index.php?option=com\\_content&view=article&id=97%3Aarticulo-97&catid=19%3Aartemprensa&Itemid=24&lang=es](http://admin.udla.mx/mrs/index.php?option=com_content&view=article&id=97%3Aarticulo-97&catid=19%3Aartemprensa&Itemid=24&lang=es)

29. Amar Amar J, Hernández Jiménez B. Autoconcepto y adolescentes embarazada primigestas solteras. *Psicología desde el Caribe* [en línea] 2005 Jul [accesado 14 Mar 2012] 15: 1-17. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/213/21301501.pdf>
30. Universidad Externado de Colombia. Conflicto y violencia intrafamiliar: Capacitación a funcionarios y formación de ciudadanos de bogota como mediadores comunitarios para el distrito capital.[en línea].Colombia: Universidad Externado de Colombia;2002.[accesado 18 Mar 2012]. Disponible en: <http://atecex.uexternado.edu.co/mediador/documentos/conflicto.pdf>
31. Centro de Documentación e Información de la Mujer. Maltrato y violación a mujeres y niños(as): causas, efectos y acciones para combatirlos. Manual de uso práctico. Managua: CEDIM; 1994.
32. Villatoro SM. Ansiedad en adolescentes primigestas: estudio prospectivo realizado en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional de Huehuetenango "Dr Jorge Vides Molina". Huehuetenango noviembre 2003. [tesis de Psicología] [en línea] Guatemala: Universidad Mariano Galvez; 2003. [accesado 07 Ene 2012]. Disponible en: <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/12966.pdf>
33. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Mental. [en línea] Guatemala: MSPAS; 2012. [accesado 19 Mar 2012]. Disponible en: [http://www.mspas.gob.gt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=189&Itemid=82](http://www.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=189&Itemid=82)
34. Gaviria AM, Quiceno J M, Vinaccia S, Martínez LA, Otalvaro MC. Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Rev Ter Psicol. (México)* [en línea] 2009 Jul [accesado 14 Ene 2012]; 27(1):5 - 13. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78511885001>
35. Eutimia.com. Test de autoevaluación de rasgos depresivos de Zung (adaptado). [en línea]. Argentina: eutimia.com; 2006. [accesado 11 Jun 2012]. Disponible en : <http://www.eutimia.com/tests/zung.htm>

36. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Edad. [en línea]. España: RAE; 2001 [accesado 17 Mar 2012]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/draeI/>
37. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. La persona: tipos de persona. [en línea] Chile: BCN; 2012. [accesado 17 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.bcn.cl/ecivica/tiper>
38. Rodríguez Miranda M. Calidad de vida y apoyo de pareja a mujeres en la etapa del climaterio. [tesis de Licenciatura en Enfermería][en línea]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería; 2004. [accesado 30 May 2012]. Disponible en : <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149999.pdf>
39. Cerda Salazar M A, Riquelme Heras H, Guzmán de la Garza FJ, Barrón Garza F, Vázquez D. Estructura y funcionalidad familiar de niños y adolescentes con parálisis cerebral. Avances Revista de Divulgación Médico Científica. (México) [en línea] 2004 Sep- Dic [accesado 17 Mar 2012]; 2(4): 27-28. Disponible en: <http://www.hsj.com.mx/Content/Images/Avances4.pdf>
40. Seidel H, Ball J, Dains J, Benedict GW. Manual mosby de exploración física. 5ª ed. Madrid: Editorial Universitaria; 2003.





## 10. ANEXOS

### 10.1. Anexo 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### **“Caracterización de las adolescentes embarazadas que presentan depresión”**

Las estudiantes con cierre de pensum del sexto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala estamos realizando un estudio para caracterizar a las adolescentes embarazadas que presentan depresión en el Departamento de Chimaltenango. A continuación le proporcionaremos información y solicitaremos su participación voluntaria en nuestro estudio.

El embarazo en las adolescentes guatemaltecas es reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de salud materna por sus efectos negativos tanto para las madres solteras como para sus hijos, su familia y sociedad. Cada año miles de adolescentes en Guatemala quedan embarazadas, a menudo los resultados son trágicos, niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones médicas, abortos ilegales, muertes maternas, trastornos psiquiátricos y aún suicidio. El propósito del presente estudio es determinar la asociación que existe entre grados de depresión con factores de riesgo que presentan las adolescentes embarazadas del departamento de Chimaltenango.

Este estudio es sin riesgo alguno ya que se basará en preguntas directas personales que tendrán un carácter confidencial. Aunque no existen riesgos conocidos, puede sentirse incómoda, por lo cual usted podrá abandonar la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación. En ningún momento se dará a conocer el nombre de las encuestadas.

Usted no obtendrá ningún beneficio directo por participar en el estudio, ni le será compensado de forma económica; sin embargo su participación nos ayudará a identificar qué factores de riesgo predisponen a las adolescentes embarazadas a presentar depresión. Con la ayuda que nos brinde en este estudio se facilitará la toma de decisiones por parte del MSPAS y otras delegaciones departamentales en la creación de programas de investigación, tratamiento y seguimiento para las adolescentes que presenten dicho trastorno.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, su familia y sus antecedentes. La duración de la entrevista será de aproximadamente de 25 minutos. En ningún momento usted será objeto de algún procedimiento médico que involucre la obtención de muestras para análisis de laboratorio. Finalizada la entrevista los instrumentos serán recolectados y tabulados en una base de datos.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los apartados anteriores. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar voluntariamente entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento informado, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada. Si usted decide no participar esto no limitará de ninguna forma la atención médica que usted recibe en los servicios de salud. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

#### **DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE**

He sido enterada del estudio en el que voy a participar, el cual consiste en una encuesta para determinar si las adolescentes embarazadas del departamento de Chimaltenango sufren depresión y los factores de riesgo asociados, que está siendo realizada por los estudiantes de último año de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala; entiendo que mi nombre no será divulgado, que podre retirarme del estudio en cualquier momento y en cualquier situación sin ninguna consecuencia en la atención que podría recibir en los servicios de salud; que fui elegida para el estudio por estar en el grupo de edad entre 10 y 19 años.

Nombre del participante

---

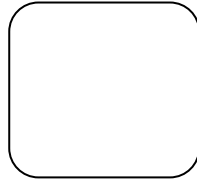
Firma del participante

---

Fecha \_\_\_\_\_

Analfabetas

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado consentimiento libremente.



Huella dactilar de la participante

Nombre del testigo

---

Firma del testigo

---

Fecha \_\_\_\_\_

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador

---

Firma del investigador

---

Fecha \_\_\_\_\_



## 10.2. Anexo 2



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



NO. DE FICHA \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### I. IDENTIFICACION GENERAL

Municipio: \_\_\_\_\_

Aldea: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años    Estado civil: Casada  Unida  Soltera  Viuda  Divorciada

### Escolaridad:

Sin educación     Primaria: Completa  Incompleta     Diversificado   
Secundaria: Completa  Incompleta     Universidad

### II. SITUACION FAMILIAR:

- a. ¿Vivían sus padres juntos al momento del embarazo?    Si     No
- b. ¿Durante este embarazo ha recibido algún tipo de apoyo por parte de su pareja? Si     No
- c. Alguna vez le han:
- |           |                          |                        |                          |           |                          |
|-----------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Gritado   | <input type="checkbox"/> | Dicho apodos ofensivos | <input type="checkbox"/> | Rechazado | <input type="checkbox"/> |
| Insultado | <input type="checkbox"/> | Comparado              | <input type="checkbox"/> |           |                          |
| Humillado | <input type="checkbox"/> | Ignorado               | <input type="checkbox"/> |           |                          |
- d. Alguna vez le han:
- |                      |                          |                           |                          |                     |                          |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Golpeado fuertemente | <input type="checkbox"/> | Pateado                   | <input type="checkbox"/> | Negado alimento     | <input type="checkbox"/> |
| Empujado             | <input type="checkbox"/> | Jalado el pelo            | <input type="checkbox"/> | Negado estudios     | <input type="checkbox"/> |
| Pellizcado           | <input type="checkbox"/> | Golpeado con algún objeto | <input type="checkbox"/> | Negado ir al médico | <input type="checkbox"/> |
- e. ¿Alguien de su familia le ha obligado a tener relaciones sexuales bajo amenaza? Si     No
- f. ¿Alguien de su familia le ha acariciado de una forma que usted no quería? Si     No

### III. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

- a. ¿Cuántos meses de embarazo tiene? \_\_\_\_\_ meses
- b. ¿Quería quedar embarazada al momento de tener relaciones sexuales? Si     No

### 10.3. Anexo 3

#### TEST DE ZUNG

1. *Me siento triste y decaída.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
2. *Por las mañanas es cuando me siento mejor.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
3. *Siento ganas de llorar y a veces lloro.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
4. *Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
5. *Como la misma cantidad de siempre.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
6. *Todavía me siento atraída por el sexo opuesto.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
7. *He notado que estoy perdiendo peso.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
8. *Tengo problemas de estreñimiento.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
9. *Tengo palpitaciones.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
10. *Me canso por cualquier cosa.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre.
11. *Mi cabeza esta tan despejada como antes.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
12. *Hago las cosas con la misma facilidad que antes.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
13. *Me siento agitada e intranquila y no puedo estar quieta.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
14. *Tengo esperanza y confianza en el futuro.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
15. *Me siento más irritable que lo normal.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
16. *Encuentro fácil tomar decisiones.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
17. *Me creo útil y necesaria para la gente.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
18. *Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
19. *Creo que sería mejor para los demás que me muriera.*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre
20. *Me gustan las mismas cosas que antes me agradaban*
  - A. Muy pocas veces.
  - B. Algunas veces.
  - C. Muchas veces
  - D. Siempre

#### 10.4. Anexo 4

**Tabla 4.1**

**Distribución de adolescentes embarazadas según municipios estudiados  
Departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>MUNICIPIOS</b>	<i>Subtotal</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<i>TECPAN</i>	24	24	22.43
<i>ACATENANGO</i>	15	15	14.02
<i>SAN PEDRO YEPOCAPA</i>	18	18	16.82
<i>SAN JUAN COMALAPA</i>	31	31	28.97
<i>SAN JOSE POAQUIL</i>	19	19	17.76
<b>Total</b>		107	100

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizados en los municipios estudiados, agosto 2012.

**Tabla 4.2**

**Distribución de grados de depresión encontrados en adolescentes  
embarazadas según municipios estudiados del departamento de  
Chimaltenango, agosto 2012**

<b>DEPRESIÓN</b>	<i>Tecpán</i>	<i>San Juan Comalapa</i>	<i>San Pedro Yepocapa</i>	<i>San José Poaquil</i>	<i>Acatenango</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>	
<i>No Depresión</i>	4	3	6	2	0	15	14.02	
<i>Depresión Leve</i>	11	15	8	6	11	51	47.66	
<i>Depresión Moderada</i>	8	13	4	10	4	39	36.45	
<i>Depresión Severa</i>	1	0	0	1	0	2	1.87	
						<b>Total</b>	107	100

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012.

**Tabla 4.3**

**Distribución de las adolescentes embarazadas según etapa de la adolescencia en los municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>ETAPA DE LA ADOLESCENCIA</b>	<i>Tecpán</i>	<i>San Juan Comalapa</i>	<i>San Pedro Yepocapa</i>	<i>San José Poaquil</i>	<i>Acatenango</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<i>A. Temprana</i>	0	0	0	0	0	0	0
<i>A. Media</i>	2	4	1	2	5	14	15.22
<i>A. Tardía</i>	18	24	11	15	10	78	84.78
						<b>Total</b>	<b>92</b>
							<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012.

**Tabla 4.4**

**Distribución de adolescentes embarazadas según escolaridad en los municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<i>Tecpán</i>	<i>San Juan Comalapa</i>	<i>San Pedro Yepocapa</i>	<i>San José Poaquil</i>	<i>Acatenango</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<i>Sin educación</i>	2	0	0	1	0	3	3.26
<i>Primaria</i>	12	17	9	11	11	60	65.22
<i>Secundaria</i>	3	6	1	3	2	15	16.30
<i>Diversificado</i>	3	4	2	2	2	13	14.13
<i>Universidad</i>	0	1	0		0	1	1.09
						<b>Total</b>	<b>92</b>
							<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012.



**Tabla 4.5**

**Distribución de adolescentes embarazadas según estado civil en los municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<i>Tecpán</i>	<i>San Juan Comalapa</i>	<i>San Pedro Yepocapa</i>	<i>San José Poaquil</i>	<i>Acatenango</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>	
<i>Soltera</i>	4	1	0	3	2	10	10.87	
<i>Unida</i>	4	9	10	3	4	30	32.61	
<i>Casada</i>	12	18	2	11	9	52	56.52	
<i>Divorciada</i>	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Viuda</i>	0	0	0	0	0	0	0	
						<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012.

**Tabla 4.6**

**Apoyo de la pareja en adolescentes embarazadas en los municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>APOYO DE LA PAREJA</b>	<i>Tecpán</i>	<i>San Juan Comalapa</i>	<i>San Pedro Yepocapa</i>	<i>San José Poaquil</i>	<i>Acatenango</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>	
<i>Si</i>	15	25	12	14	12	78	84.78	
<i>No</i>	5	3	0	3	3	14	15.22	
						<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012.

**Tabla 4.7**

**Integración de las familias de las adolescentes embarazadas en los municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>INTEGRACIÓN FAMILIAR</b>	<i>Tecpán</i>	<i>San Juan Comalapa</i>	<i>San Pedro Yepocapa</i>	<i>San José Poaquil</i>	<i>Acatenango</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>	
<i>Si</i>	15	19	10	14	12	70	76.09	
<i>No</i>	5	9	2	3	3	22	23.91	
						<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012.

**Tabla 4.8**

**Tipos de violencia encontrados en las adolescentes embarazadas en los Municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</b>	<i>Tecpán</i>	<i>San Juan Comalapa</i>	<i>San Pedro Yepocapa</i>	<i>San José Poaquil</i>	<i>Acatenango</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<i>No Violencia</i>	13	19	9	9	7	57	61.96
<i>Psicológica</i>	2	5	1	1	3	12	13.04
<i>Física</i>	4	2	1	6	4	17	18.48
<i>Sexual</i>	1	2	1	1	1	6	6.52
						<b>Total</b>	<b>92</b>
							<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012.

**Tabla 4.9**

**Embarazo no deseado en adolescentes embarazadas con depresión en los municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>EMBARAZO NO DESEADO</b>	<i>Tecpán</i>	<i>San Juan Comalapa</i>	<i>San Pedro Yepocapa</i>	<i>San José Poaquil</i>	<i>Acatenango</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<i>Si</i>	12	10	8	5	9	44	47.83
<i>No</i>	8	18	4	12	6	48	52.17
						<b>Total</b>	<b>92</b>
							<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, agosto 2012.

**Tabla 4.10**

**Distribución de las adolescentes según la edad gestacional en los municipios estudiados del departamento de Chimaltenango, agosto 2012**

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<i>Tecpán</i>	<i>San Juan Comalapa</i>	<i>San Pedro Yepocapa</i>	<i>San José Poaquil</i>	<i>Acatenango</i>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<i>Primer Trimestre</i>	2	1	2	0	1	6	6.52
<i>Segundo Trimestre</i>	7	9	4	4	8	32	34.78
<i>Tercer Trimestre</i>	11	18	6	13	6	54	58.70
						<b>Total</b>	<b>92</b>
							<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección utilizado en los municipios estudiados, junio-julio 2012.