



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD MENTAL DE LAS  
ADOLESCENTES DEL DISTRITO 01D01, CUENCA 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA  
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

**AUTOR:**

Juan Pablo Farfán Duma CI: 0104838735

**Directora:**

Lcda. Zara Julieta Bermeo Vásquez CI: 0102478195

**CUENCA-ECUADOR**

**2018**



## RESUMEN

**Antecedentes:** En Ecuador, 23 de cada 100 partos, son de adolescentes lo que tiene profundas implicaciones sociodemográficas y psicológicas, se sumaría la poca preparación de la adolescente para enfrentar la maternidad pues su embarazo no fue producto de una decisión autónoma y planeada, lo que genera trastornos mentales.

**Objetivo general:** Determinar el impacto del embarazo en la salud mental de las adolescentes, del Distrito 01D01, Cuenca 2017.

**Metodología:** La investigación realizada fue cuantitativa, descriptiva transversal, se trabajó con una población finita de 70 adolescentes gestantes de 14 a 19 años. Se aplicó el Test de Hamilton para Ansiedad y Depresión.

**Uso de resultados:** Predominaron las edades de 18 a 19 años, que viven en zonas urbanas. El 60% vive con su pareja, el 31% con sus padres y el 9% con otros familiares, y en unión libre o soltera, el 91,4% sin hijos. Los salarios están entre 200 y 799 dólares. La mayoría (62%) reflejan Ansiedad Leve, un 27% demuestran Ansiedad Moderada, el 10% tiene Ansiedad Severa y 1% Ansiedad muy Severa. En cuanto a Depresión 57% presentan Depresión Ligera, en Nivel Moderado se encuentra el 39% y en Nivel Severo esta el 4%.

**Conclusiones:** Esta investigación mostró que existe ansiedad y depresión en niveles leves y ligeros en la mayoría de adolescentes embarazadas, en ningún caso el Test de Hamilton para ansiedad y depresión mostró valores nulos, por lo que la atención a este grupo tan vulnerable debe ser prioritaria.

**Palabras clave:** EMBARAZO ADOLESCENTE, ANSIEDAD, DEPRESION, TEST DE HAMILTON.



## ABSTRACT

**Background:** In Ecuador, 23 out of every 100 deliveries are adolescents, which has profound sociodemographic and psychological implications. The adolescent's lack of preparation to face motherhood would be added, since her pregnancy was not the product of an autonomous and planned decision, which It generates mental disorders.

**General Objective:** To determine the impact of pregnancy on adolescent mental health, District 01D01, Cuenca 2017.

**Methodology:** The research carried out was quantitative, descriptive, transversal, and worked with a finite population of 70 pregnant adolescents aged 14 to 19 years. The Hamilton Test for Anxiety and Depression was applied.

**Use of results:** The ages of 18 to 19 years old, who live in urban areas, predominated. 60% live with their partner, 31% with their parents and 9% with other relatives, and in free or single union, 91.4% without children. The salaries are between 200 and 799 dollars. The majority (62%) reflect mild Anxiety, 27% demonstrate Moderate Anxiety, 10% have Severe Anxiety and 1% Severe Anxiety. Regarding Depression 57% present Light Depression, in Moderate Level is 39% and in Severe Level is 4%.

**Conclusions:** This research showed that there is anxiety and depression in mild and light levels in most pregnant adolescents, in any case the Hamilton Test for anxiety and depression showed null values, so that attention to this vulnerable group should be a priority .

**Key words:** TEEN PREGNANCY, ANXIETY, DEPRESSION, HAMILTON TEST.



## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO I .....</b>	<b>11</b>
1.1 INTRODUCCIÓN .....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACION .....	16
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>19</b>
2. MARCO CONCEPTUAL.....	19
<b>2.1 ANTECEDENTES.....</b>	<b>19</b>
<b>2.6 Estudios paralelos .....</b>	<b>27</b>
<b>2.7 TEST DE HAMILTON .....</b>	<b>29</b>
<b>2.9 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS .....</b>	<b>31</b>
<b>2.9.1 Test de Hamilton para Ansiedad.....</b>	<b>31</b>
3. OBJETIVOS .....	33
3.1. OBJETIVO GENERAL .....	33
<b>3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....</b>	<b>33</b>
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>34</b>
<b>4. DISEÑO METODOLOGICO .....</b>	<b>34</b>
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	34
4.2 AREA DE ESTUDIO .....	34
4.3 UNIVERSO.....	34
<b>4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN .....</b>	<b>34</b>
4.5 VARIABLES.....	35
4.6. METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS .....	37
4.7 PROCEDIMIENTOS .....	37
<b>4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....</b>	<b>37</b>
<b>4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>37</b>
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>37</b>
5. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS:.....	39



CAPITULO VI.....	57
6. DISCUSIÓN .....	58
<b>CAPITULO VII .....</b>	<b>62</b>
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA .....	62
7.1 CONCLUSIONES .....	62
7.2 RECOMENDACIONES .....	65
<b>7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS .....</b>	<b>66</b>
<b>7.3.1 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>71</b>
ANEXOº1: ENCUESTAS.....	71
<b>ANEXO Nº 2 .....</b>	<b>73</b>
<b>TEST DE HAMILTON PARA ANSIEDAD .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO Nº3 .....</b>	<b>79</b>
<b>TEST DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN.....</b>	<b>79</b>
ANEXO Nº4 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	82
<b>ANEXO Nº7 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>86</b>



## INDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	39
Tabla N°2.....	40
Tabla N°3.....	40
Tabla N°4.....	41
Tabla N°5.....	42
Tabla N°6.....	43
Tabla N°7.....	44
Tabla N°8.....	45
Tabla N°9.....	46
Tabla N°10.....	47
Tabla N°11.....	48
Tabla N°12.....	49
Tabla N°13.....	50
Tabla N°14.....	51
Tabla N°15.....	52
Tabla N°16.....	53
Tabla N°17.....	54
Tabla N°18.....	55
Tabla 19.....	56
Tabla 20.....	57



## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.

Yo, Juan Pablo Farfán Duma , en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de proyecto de investigación” **IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD MENTAL DE LAS ADOLESCENTES DEL DISTRITO 01D01, CUENCA 2017 ”**, de conformidad con el Art. 144 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art 144 de la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de marzo del 2018

---

Juan Pablo Farfán Duma

C.I: 0104838735



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Juan Pablo Farfán Duma, autor del proyecto de investigación” **IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD MENTAL DE LAS ADOLESCENTES DEL DISTRITO 01D01, CUENCA 2017** ”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 26 de marzo del 2018

---

Juan Pablo Farfán Duma

C.I: 0104838735





## **DEDICATORIA**

Este proyecto llevado a cabo se lo debo a Dios  
Por darme las fuerzas necesarias para seguir  
Adelante y mostrarme el camino correcto  
A lo largo de esta trayectoria estudiantil.

A mis padres Julita y Ramiro por ser el mejor de los apoyos  
Que a pesar de todos los obstáculos me han ayudado a  
Levantarme para poder seguir al pie de la lucha a lo  
Largo de mi vida, ya que sin ellos no sería nada  
De lo que he llegado a ser ahora.  
Y por último a una persona especial que viene en camino  
Y que desde que supe de su existencia me dio una razón  
Mucho más fuerte para no dejarme vencer y seguir adelante  
A ti, mi Paulette Farfán espero que puedas estar junto a mí  
El resto de mis días para poder compartir este y muchísimos  
Logros más como padre e hija.  
TE AMO MI PRECIOSA!



## **AGRADECIMIENTO**

A la Escuela de Enfermería por abrirme sus puertas  
Y brindarme las más gratas experiencias que aportaron  
Para formarme como una persona profesional.

A las y los docentes de la carrera, que a lo largo de estos años  
Compartieron sus conocimientos conmigo y mis compañeros  
De una manera incondicional, cumpliendo así la misión de formar  
Personas de bien y capaces de servir a la comunidad.  
A la licenciada Zara Bermeo, por ser mi tutora y brindarme su tiempo  
Para ayudarme a culminar con éxito este proyecto

A todos mis compañeros que conocí en este segundo hogar, gracias,  
Por ser parte de mi vida y permitirme ser parte de su vida, compartiendo  
Logros y caídas, risas y tristezas, miles de experiencias que siempre las llevaré  
En el corazón  
MUCHAS GRACIAS



## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El problema de impacto del embarazo en la salud mental de las adolescentes del distrito 01D01, cuenca 2017 es de mucha importancia en efecto, constatar las condiciones emocionales que muchas adolescentes presentan y enfrentan y logran por cambios morfofisiológicos y psicológicos.

La maternidad es sin dudas un impacto importante en la salud mental de cada madre, siendo más notable el asunto cuando se trata de madres adolescentes.

El período durante y post-embarazo conlleva cambios psicológicos que son importantes de revisar en la mujer. La epidemiología sostiene que un 21.7% de mujeres sufren depresión durante el embarazo; se ha observado también que la calidad del sueño disminuye. Visto así la importancia de una salud mental idónea evita resultados fetales, obstétricos y neonatales adversos(1)

Teresa Y. en su monografía “Impacto que causa el embarazo a temprana edad” publicada en el año 2013, relata que el embarazo en adolescentes es uno de los problemas sociales que durante los últimos años ha tenido mayor repercusión sobre las adolescentes, la familia y la comunidad, es por ello, que se genera una serie de situaciones adversas, tanto para las jóvenes embarazadas como sus compañeros, familia y en general la sociedad que la rodea (2)

Calvopiña Adriana, comentó en el año 2012 en su trabajo de titulación “Embarazo precoz riesgo psicosocial trastornos depresivos adolescencia maternidad adolescente” que en el “Ecuador 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin acceso a la educación son madres o están embarazadas por primera vez; las proporciones de maternidad adolescente son hasta 4 veces más altas de las que no tienen educación, 43% comparadas con las de los niveles más altos y 11% secundaria completa)” (3)



En el Ecuador la salud sexual y reproductiva durante esta etapa crítica (adolescencia) y la manera en la que se socializa es muy diferente a la que se vive. Resulta ser muy importante para su vida y siendo la etapa en la que se definen algunos de los valores y hábitos de riesgo que impone la sociedad. La sobresaturación de información correcta y errónea de métodos anticonceptivos confunden a los adolescentes por varios de los mitos que se han instaurado acerca de éstos, el mal uso del internet apoya el aumento de los embarazos no planificados, en la actualidad la educación en el Ecuador no se restringe para las adolescentes embarazadas, sin embargo, el 58.7% estaba estudiando cuando se enteró del embarazo, y, sólo 16.5 % volvió a estudiar siendo el 41.3% el porcentaje que no volvió hacerlo (4)

La atención médica de la adolescente no sólo abarca lo orgánico; debe ser un enfoque integral que englobe lo emocional y también destierre los mitos que hay sobre el tema. La idea es que el médico se presente como un amigo con quien charlar, compartir información que muchas veces no es la correcta, como por ejemplo las infecciones de transmisión sexual o la ingesta de pastillas anticonceptivas.(5)

Se ha demostrado en diversas investigaciones que factores como: la educación y mejores oportunidades de trabajo y mejores ingresos para la mujer tienden a reducir el número de hijos y a aumentar la edad promedio del primer embarazo. Esto se explica ya que el costo de quedar embarazadas es mayor para las mujeres de alto nivel educativo, pues ellas podrían tener mejores salarios en el futuro. Por un lado, según datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) aplicada en Colombia, el nivel educativo de las mujeres ha aumentado significativamente, pasando de 6.7 años de educación a 8.4, durante 2012, y la participación en el mercado laboral, de menos del 50% a 62% en el mismo período (6)

Dicha solución supone que el problema, o al menos parte de él, es la falta de información. Por eso, los programas de educación sexual incluyen la enseñanza, la difusión y la comunicación sobre las relaciones sexuales, la reproducción, la



planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, las enfermedades de transmisión sexual y las normas culturales sobre este tema (6)

Una joven embarazada comúnmente suele sentir una gran variedad de emociones como culpa, duda, tristeza o miedo, lo que prolonga el tiempo de adaptación. En una adolescente las emociones también dependen del apoyo que reciba por parte de los padres como de la pareja actual. Cada caso es totalmente distinto, pero en embarazos tempranos habitualmente a la persona se le dificulta hablar sobre la situación, además no poder expresar como se siente emocionalmente provoca estrés en el cuerpo y puede inducir un aborto espontaneo, por lo que es importante que la adolescente exprese lo que siente. (38)

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El embarazo adolescente a través de los tiempos ha sido un tema de discusión entre muchas personas, ya que a partir de este proceso la mujer alcanza una etapa más en su naturaleza, atravesando grandes cambios en todo aspecto que influirán en la vida de ella misma, su pareja, familia, medio ambiente y la educación. Hoy en día ya no se basa en la concepción de simplemente criar a su futuro hijo de la manera tradicional es decir no solo velar por su optimo desarrollo, sino de prepararlo correctamente para que tenga un futuro adecuado.

Las condiciones necesarias para lograr este objetivo son los factores sociodemográficos y psicológicos, por ejemplo, un buen nivel socio-económico ayuda a la madre a preparar todas las necesidades para ella y su futuro hijo excluyendo así el estrés y la ansiedad, contrario a una adolescente embarazada de bajos niveles socio-económicos presentara otra actitud generada principalmente por la ansiedad de no poder obtener los recursos necesarios para un avance correcto de su embarazo.

En el contexto social existen concepciones diferentes de asimilar el embarazo adolescente por parte del medio en el que desarrollará dicho embarazo, en las



zonas urbanas es muy común observar adolescentes en periodo de gestación, ya sea por falta de información, falta de cuidado paternal, curiosidad o rebeldía.

Generalmente estos aspectos tienden a ser tomados en cuenta por parte de las autoridades de salud, las mismas que realizan actividades como: charlas formativas en instituciones educativas, centros de salud, casas comunales en otro aspecto la planificación familiar gratuita, centros de apoyo psicológico para adolescentes embarazadas, dichas actividades son estrategias para solucionar problemas de falta de información y actitudes que pongan en riesgo a la madre dando un aspecto de motivación para su embarazo así como la resolución de problemáticas relacionadas con la convivencia en su entorno físico a pesar de todos los aspectos mencionados sigue habiendo alta incidencia de embarazos adolescentes.

Cuando se produce un embarazo en la adolescencia, toda la familia a menudo tiene que reunirse para decidir si los padres deben y pueden mantener al bebé. Los padres pueden estar para ayudar a guiar a los adolescentes a tomar esa decisión, y toda la familia tendrá que enfrentar las consecuencias. El embarazo en la adolescencia puede ser un golpe arrollador para la vida familiar y reclamar una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual.

La actitud de la familia ante este acontecimiento, resulta decisiva para mantener la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma, tratándose de un proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los aspectos biológicos sino también hay que considerar importantes factores psicosociales. Se plantea además la posibilidad de que el embarazo adolescente sea una forma de escapar del mundo del trabajo y del mundo escolar, si la adolescente no se siente capaz de enfrentar las exigencias escolares y/o laborales (7)

Así, al embarazarse no se le puede exigir como al resto, porque ella ha adquirido otras responsabilidades que pertenecen al mundo de los adultos. Se señala además la presencia de una autoestima disminuida, habiéndose encontrado en la literatura que las adolescentes embarazadas mostraban un bajo concepto de sí mismas. Se argumenta que buscan afecto para compensar su propia inseguridad (7)



Alba Carvallo publica un artículo sobre riesgos y consecuencias, por las que pasan las mamás adolescentes y expone los siguientes puntos:

Miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del grupo; Rechazo al bebé: son niñas y no desean asumir la responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se reduce; Problemas con la familia: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo por parte de su propio entorno; Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje (8)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia (8)

Según Fuentes del INEC en su Anuario de estadísticas Vitales 2015 existen 56128 embarazos entre 10 a 19 años de los cuales los 2159 nacimientos corresponden a madres de 10 a 14 años y 53969 nacimientos corresponden a madres de entre 15 a 19 años (9)

La incidencia demuestra que en el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los adolescentes representan el 20% de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década incrementó, siendo la más alta de la región subandina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres (10)

Las proporciones de maternidad en adolescentes son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), el (34.1%) tienen instrucción primaria comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). La Costa es la región con más índice de embarazos adolescentes en Ecuador. Según las cifras del último censo de población del Inec del 2010, en el



país hubo 2 609 niñas de entre 12 y 14 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo, actualmente en el país existen 120 000 madres adolescentes de 15 a 19 años, de las cuales 800 ya tuvieron el tercer hijo" (10)

La mayoría de estos embarazos no son planificados o deseados. Además, solo en el 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes. Por regiones, un 55,3% de estos partos se registra en la Costa versus el 38,4% en la Sierra y el 6,3% en la Amazonía (11). Con lo que se puede definir que la mayoría de embarazos se registran en la Costa seguido de nuestra región Sierra.

### 1.3 JUSTIFICACION

El embarazo adolescente es un tema social importante y las condiciones socioculturales le ha dado mayor prevalencia al mismo y aún más el factor socioeconómico, y que como consecuencia de la pobreza, desempleo, deserción escolar a la madre adolescente o pareja adolescente no les ayuda a un entorno saludable.

El embarazo durante la adolescencia es un tema de gran interés en todos los sectores de la sociedad, además de que motiva la realización de estudios, debates y campañas informativas encaminadas a prevenir sus efectos adversos. Todo ello es más que justificado si tomamos en cuenta que cerca de la quinta parte de la población mexicana tiene entre 13 y 19 años de edad, es decir, existen millones de jóvenes en territorio nacional que atraviesan la etapa en que da inicio su vida sexual activa, pero donde su personalidad todavía está en formación.

Las consecuencias que se derivan de un embarazo de este tipo son muy numerosas y, opina la Dra. María del Carmen Laurel Morillón, coordinadora del Centro de Atención Integral para Adolescentes InterMedik y del Módulo de Atención Integral al Adolescente en el Centro de Salud Dr. Ángel Brioso Vasconcelos de la Secretaría de Salud, en la Ciudad de México, "a pesar de que durante un tiempo se le dio más





importancia a factores biológicos o médicos, es decir, a las complicaciones que se presentan, como mayor incidencia de abortos espontáneos partos prematuros, ahora se habla abiertamente de que también hay muchas complicaciones sociales y psicológicas”.

Al respecto, menciona que casi siempre hay una fuerte presión sobre las jóvenes, quienes se ven orilladas a abandonar sus estudios, sufren agresiones por parte de su familia y del entorno, tienen menos oportunidades de conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado) y ven interrumpido su proyecto de vida, sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable. (22)

Según Fuentes del INEC en su Anuario de estadísticas Vitales 2015 existen 56128 embarazos entre 10 a 19 años de los cuales los 2159 nacimientos corresponden a madres de 10 a 14 años y 53969 nacimientos corresponden a madres de entre 15 a 19 años (9)

Ávila A. comenta en su estudio de prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que esto se debe por las prácticas sexuales tempranas asociadas al sentimiento del amor hacia su pareja y de otros intereses: como escolaridad pobre, sin proyectos, con modelos familiares con historial de uniones de hecho en su juventud(4)

El apoyo social es fundamental en el embarazo, las emociones son un elemento esencial, si existe un abandono por parte de los padres pueden elevarse los niveles de suicidios. La maternidad es un rol de la edad adulta de tal manera que cuando ocurre en el periodo adolescente, no se puede desempeñar adecuadamente ese papel (4)

Cabe señalar que la adolescencia es una etapa de profundos cambios entre los que resaltan un acelerado crecimiento en talla y peso, las glándulas sexuales empiezan a madurar, apareciendo caracteres secundarios de los sexos, su vida sentimental se hace intensa y anhela su independencia, por mencionar algunos (12)



Por todo ello, los adolescentes son un grupo expuesto a permanentes factores de riesgos sociales y psicológicos además de requerir atención de salud especializada y a cargo de un equipo multidisciplinario de salud (12)

En un estudio cualitativo realizado en Guatemala en el año 2017, La Federación de Planificación Familiar Estatal presenta el estudio “Los factores que influyen en el embarazo de adolescentes y jóvenes”, realizado con veinticinco mujeres jóvenes, de edades comprendidas entre los 16 y los 24 años, que se habían quedado embarazadas en los dos últimos años, independientemente de cuál hubiera sido su decisión final respecto al embarazo. La mitad de ellas era de origen autóctono y la otra mitad de origen latinoamericano (13)

Para las jóvenes saber que estaban embarazadas implica fuertes emociones. En sus relatos se reflejan sentimientos iniciales que iban desde el terror más paralizante en forma de negación, a la alegría más nítida, aunque la mayoría de los sentimientos son ambivalentes y por ello tienden a buscar un marco afectivo. En este marco afectivo tienen un lugar privilegiado las amigas, para alguna toma de decisiones. El papel del varón como co-responsable del embarazo y en la toma de conciencia de la situación es diversa y está asociado a las expectativas afectivas que las jóvenes habían desarrollado sobre la relación que mantenían (13).

Freire H. En su trabajo de titulación “Influencia física y psicológica en las adolescentes y sus repercusiones en la sociedad en el centro de salud Carlos Elizalde”, expone que al enterarse de su embarazo el 80% pensó en abortar ya que esto influyó negativamente en su vida en un 100% (39)



## CAPITULO II

### 2. MARCO CONCEPTUAL

#### 2.1 ANTECEDENTES

Torrens R. & Martínez C. en su libro ``Enfermería Obstétrica y Ginecológica`` manifiestan que el embarazo o gestación es el proceso fisiológico, que se inicia en el momento de la fecundación o concepción que es la unión del ovulo con el espermatozoide, durante el cual se va formando un nuevo ser dentro del útero de la mujer y que finaliza con el parto; la duración el embarazo posee tres trimestres contando del primer día de la última menstruación (14)

El cuerpo de la mujer va experimentar cambios a medida que se desarrolle el embarazo. Estas variaciones van a dar lugar a los signos y síntomas del embarazo que, clásicamente, se han clasificado como de presunción, probabilidad de certeza y positivos (14)

Torres A. expresa que la adolescencia es una de las fases de la vida más importantes. En ella, el cuerpo humano experimenta los grandes cambios que llevan a la aparición de los rasgos de la adultez, tanto física como mentalmente. Ahora bien, la adolescencia no es una etapa única en la que todos los cambios se vayan produciendo en el mismo ritmo (15)

**2.2.1 Adolescencia temprana**, ocurre entre los 11 y los 15 años, y en ella se dan los principales cambios súbitos de tipo hormonal; a diferencia, la adolescencia tardía, es la tercera y última de las etapas de la adolescencia, y ocurre aproximadamente entre los 15 y los 19 años, según la Organización Mundial de la Salud(15)

#### **2.2.1 Embarazo en la Adolescencia:**

Narváez expone en su trabajo de titulación “Perfil psicológico y social de las adolescentes en edades entre los 15 a 19 años que presentan embarazo precoz”



que se entiende por embarazo en la adolescencia a las mujeres que quedan en gestación antes de los 19 años de edad.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecida, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ellas podrían descender. El embarazo adolescente se convierte en un problema con alto costo social y personal, sus cifras han ido aumentando, con una alta tasa de complicaciones materno-fetales. La OMS en el 2015 registró a nivel mundial 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y mediano. Cada año 3 millones de mujeres entre 15 a 19 años se someten a abortos, teniendo en cuenta la peligrosidad tanto la madre como el hijo en perder su vida, contribuyendo a la tasa de mortalidad materna e infantil en todo el mundo. (18)

### **2.3 Salud Mental:**

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (16)

Dr. Ramírez Mejía define por medio de un artículo en el sitio Webscolar en el año 2017, que la salud mental como un estado de armonía y plenitud entre el aspecto intelectual y el emocional del cerebro y la persona (16)

Por otro lado, se ha observado que la vulnerabilidad de las mujeres a presentar ciertos trastornos mentales se puede incrementar en periodos específicos de su vida reproductiva, como serían: la adolescencia, el embarazo, el postparto y la perimenopausia. Se sugiere que la fisiopatología que condiciona este fenómeno comprende una asociación entre los cambios hormonales y las alteraciones de los neurotransmisores, así como una adaptación anormal a los cambios hormonales en



mujeres vulnerables. De igual manera, existe una serie de factores psicológicos, sociales y culturales que hacen a la mujer más vulnerable en relación a los problemas emocionales durante diferentes etapas de la vida reproductiva. (40)

### 2.3.1 Depresión

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella.

Es cierto que todos los seres humanos, en algunos momentos de su vida, experimentarán sentimientos significativos de tristeza, dolor, decepción y desesperación, Pero es importante tener en cuenta que sentirse, triste» o afligido no significa necesariamente que estés deprimido.

La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

La depresión clínica se diferencia de la tristeza normal en cinco formas básicas:

- La depresión es sumamente dolorosa.
  - La depresión dura más tiempo.
  - La depresión interfiere con el funcionamiento normal del día a día.
  - La depresión es una emoción destructiva (a diferencia de la pena, que es dolorosa, pero es una experiencia emocional que conduce a la curación).
  - La depresión generalmente es más que un sentimiento emocional doloroso.
- La depresión representa un síndrome (un conjunto de síntomas) que a menudo conlleva problemas en la interacción social, el comportamiento, el pensamiento y el funcionamiento biológico (35)



### **2.3.1.1 Causas de la Depresión**

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan las causas de la depresión.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros.

Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión. Episodios de depresión subsiguientes pueden ocurrir con o sin una provocación evidente.

#### **Síntomas de la Depresión**

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud



- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaban incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento. (36)

Ayala J, y Toncel Y. en su trabajo de titulación “Características Psicosociales De Adolescentes Embarazadas” realizado en 2015 hablan que se ha demostrado que en la mayoría de los casos la base de toda esta problemática es de orden psicológico, en lo cual se incluyen factores asociados a una mayor actividad sexual en la adolescencia y por ende a embarazos tempranos (17)

Según el Dr. Arnal. en su artículo científico publicado en 2015 comenta que existe ataques de ansiedad en el embarazo según sus periodos (25)

**2.4 Ansiedad y Depresión en el primer trimestre de embarazo:** Es frecuente la interrupción espontanea o aborto en el primer trimestre del embarazo lo que supone una carga de estrés muy importante, sobre todo en la madre primeriza, además abarca problemas de pareja suelen desencadenar ansiedad en todas las etapas del embarazo y el postparto ya sea por la noticia o el poco conocimiento del manejo del bebe. Algunas parejas tienen una disminución importante de la libido o se encuentran imposibilitadas a tener relaciones sexuales por problemas propios del embarazo lo que causa mucha tensión y miedo a la infidelidad y abandono (25)

**2.5 Ansiedad y Depresión en el segundo trimestre de embarazo:** Con el desarrollo del feto comienza a aumentar el miedo a tener problemas de malformaciones congénitas. Comienzan las ecografías y es bastante habitual que



existan pequeñas discordancias con respecto a la “normalidad total”. El aumento de peso, la aparición de estrías y varices, la ropa ajustada, puede generar ansiedad en muchas mujeres que no son conscientes de la belleza intrínseca de la mujer embarazada. El sentirse feas y gordas (equivocadamente) puede ser la causa de la desestabilización emocional del segundo trimestre del embarazo (25)

Torrens R. & Martínez C. en su libro *Enfermería Obstétrica y Ginecológica*, manifiestan que cuando el embarazo se presenta en adolescentes en la mayoría de los casos estas suelen ser inmaduras emocionalmente para poder aceptar las responsabilidades de la maternidad. En ellas hay que valorar si el embarazo era deseado o no, comprobar si tienen compañero, si este se responsabiliza o no, y la actitud del entorno social en cuanto la aceptación y el apoyo en la gestación (14)

Alonso A. en su artículo publicado en el 2015 sobre “Trastornos psicológicos más comunes durante el embarazo”, relata que generalmente se piensa que el embarazo es un tiempo de felicidad y bienestar para la mujer. Sin embargo, para muchas mujeres, el embarazo y la maternidad aumenta su vulnerabilidad hacia condiciones psiquiátricas tales como depresión, ansiedad, trastornos en la alimentación y psicosis. Los síntomas de dichas condiciones pueden pasar desapercibidos por ser atribuidos a los cambios temperamentales o fisiológicos atribuidos en el embarazo (26)

La depresión es el trastorno psiquiátrico más comúnmente asociado con el embarazo; muchos factores de riesgo y correlatos psicosociales se han identificado como contribuidores de la depresión en el embarazo (26)

El estado emocional de la embarazada puede afectar el curso del embarazo, el parto y la conducta del neonato. Los resultados de los estudios que evaluaron la relación entre la ansiedad y los resultados obstétricos son contradictorios. Algunos indican que los altos niveles de ansiedad en la embarazada se asocian con parto prematuro espontáneo, mayor número de intervenciones cesárea, bajo peso al nacer y menor perímetro cefálico en el neonato, mientras que otros ensayos no encontraron relación alguna entre estos factores y el nivel de ansiedad de la madre (27)





Baby Center, publica un artículo “El miedo y la ansiedad durante el embarazo” en 2017 en el cual dice que es perfectamente normal que en la adolescente exista la alegría de saber que lo que está esperando; pero a su vez también en la mayoría de estos casos este periodo esté mezclado con una buena dosis de miedo y ansiedad, además es un evento inesperado sorpresivo. La familia reacciona con expresiones de angustia, ansiedad y mucha preocupación ante el evento (28)

Enfrentarse al embarazo significa primero decírselo a los padres y que lo acepten. Suele ser la primera preocupación a punto de llegar a ocultarlo hasta el máximo tiempo posible. El miedo intenso de decírselo es perjudicial en el desarrollo del embarazo, ya que se quita la posibilidad de un control médico temprano (28)

América Latina y el Caribe (ALC) presentan tasa de natalidad en adolescentes del 18%; la tasa de fecundidad en adolescentes de la región es la segunda más elevada del mundo (80 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años), y aunque este porcentaje ha disminuido a nivel mundial, en ALC el descenso es lento. Respecto a la causalidad, se menciona una mayor proporción de mujeres que inician su vida sexual activa a los 12 años, los adolescentes muestran mayor interés por la sexualidad, pero enfrentan presiones familiares y sociales para adoptar normas de acuerdo a roles estereotipados de género (29)

Otros factores son menor nivel de ingreso y escolaridad, depresión y mayor incidencia en zonas rurales y entre indígenas, es decir, en contextos de pobreza ((29)

Díaz M.; Amato R., Chávez J., Ramírez M., Rangel S., Rivera Lucy., López Jesús., en su artículo exponen algunos estudios realizados a nivel internacional, como el de Lee et al, señalan que más de la mitad (54%) de las mujeres tenían ansiedad prenatal y más de un tercio (37,1%) tenían síntomas depresivos, concluyendo que la ansiedad prenatal y la depresión son frecuentes y graves problemas durante la gestación. Por otra parte, Leonetti y Martins, demostraron que altos niveles de ansiedad maternal en la fase prenatal estuvieron asociados a complicaciones



obstétricas, daños al desarrollo fetal, problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y la adolescencia (29)

Las madres habían presentado niveles mayores de ansiedad en comparación con los padres y se verificó la co-ocurrencia de ansiedad maternal y depresión. A nivel nacional, Rojas et al reveló elevados porcentajes de embarazadas que presentaron síntomas depresivos en función a la ausencia de la pareja, insatisfacción sentida por la gestante hacia el apoyo social recibido y al estrato social al cual pertenecía (29)

Velásquez, se propuso determinar si existe relación entre la edad cronológica de las primigestas (adolescentes y añosas) y sus niveles de ansiedad y depresión según la edad gestacional, encontrando que en las primigestas adolescentes existen mayores niveles de depresión a diferencia de las primigestas añosas en las que existen mayores niveles de ansiedad y que estos niveles de ansiedad y depresión no muestran diferencias estadísticamente significativas según los trimestres del embarazo evaluado (29)

Mendoza W. & Subiría G. en su estudio del embarazo adolescente del 2013 manifiesta que tanto a nivel individual como colectivo, son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada; En Perú, la deserción escolar por causa del embarazo, matrimonio o para cuidar niños varía, pues según del 10 al 20% de mujeres de 15 a 24 años dejaron la escuela por alguno de esos motivos (30)

Nueve de cada diez madres adolescentes no asisten a algún centro educativo, en este mismo estudio sobre la continuidad en la escuela secundaria, encuentran que en el área urbana el efecto de haber tenido algún parto en los últimos tres años reduce en 33% las posibilidades de progresar en la educación. En el área rural esa probabilidad alcanza el 39% (30)

Al respecto, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia señala que: El 42% de las adolescentes en edades de 14 a 19 años, en todo el mundo, están embarazadas,



el 33,95% ya son madres, dos de cada cinco de ellas, no habían salido de la primaria. Asimismo, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidad de morir en el embarazo que las mujeres mayores de 20 años, constituyendo esta situación un problema de salud pública (31)

Lo anterior denota el grave problema que representa a escala mundial la depresión y embarazo y a temprana edad, debido a que cada día, aumentan la cantidad de niñas que dejan de vivir su etapa de adolescentes, para convertirse en madres y tener que afrontar todos los problemas de criar bebés, sin la preparación y maduración emocional necesaria; además, del riesgo que representa el proceso del embarazo por las implicaciones en la salud (31)

La Dra. Carmen Posada en su artículo Embarazo en la adolescencia no es una opción, sino una falta de opciones publicado en 2014 expone que, generalmente las condiciones en la que la adolescente asume el embarazo son difíciles. Este hecho sumado a la dificultad particular que le representa adaptarse a su nueva situación para la cual no se siente madura, ni lo está por lo general la afecta emocionalmente.

La ambivalencia frente a su maternidad los cambios asiduos de temperamento e incluso la depresión pueden afectar de sobremanera a su salud psicológica si no hay una respuesta de apoyo de su pareja su familia y sociedad, el impacto para la adolescente puede ser grave. (28)

## **2.6 Estudios paralelos**

En Colombia se trató de estimar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes escolarizados entre los 10-17 años, de la comunidad de Chía Cundinamarca, para dicho proceso se utilizaron las escalas CDI y SCARED, en los períodos comprendidos entre el 2008 y el 2010. Dicha investigación se le realizó 538. Entre los resultados más importantes estuvo la detección de síntomas ansiosos o depresivos en un 40,5% de la población (19)

Lorena del Carmen Cando realizó una investigación en el año 2015 en la ciudad de Quito en donde se aplicó una encuesta a 126 estudiantes que asistieron a décimo



año de Educación Básica y primer año de Bachillerato General Unificado de la Unidad Educativa Teodoro Gómez de la Torre de la ciudad de Ibarra, de los cuales el 4,8% tuvieron una respuesta negativa ante una adolescente embarazada ya que el 3,2% sancionan y juzgan su actitud y el 1,6% no permitiría que siga con sus estudios(20).

Mientras tanto en Ambato Araceli Abigail Chasi en su tesis del año 2016 tomó como muestra a 50 adolescentes entre los 16 y los 19 años. Entre los factores de riesgo maternos estuvieron las complicaciones obstétricas, deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro, distocias mecánicas y dinámicas, entre otros (21)

En la región del Azuay hay un estudio reciente, a una muestra de 428 adolescentes entre 15 y 19 años en los años 2011 y 2012. Dicho análisis se llevó a cabo en el año 2013 en el Cantón de Santa Isabel por Carlos Abambari y cols. encontrando que entre las edades de 16 a 19 años son más frecuentes los embarazos y esto se debe a que las adolescentes inician sus relaciones sexuales a temprana edad, además la falta de información sobre sexualidad por parte de los padres hace que los adolescentes sientan curiosidad por experimentar nuevas cosas sin tener en cuenta las consecuencias que esto trae (22)

En Cuenca específicamente Rivera Rodas y Sánchez Tapia en el año 2014 analizaron disfunción familiar y su relación con la depresión en 200 adolescentes de ambos sexos entre los 14 y los 18 años. Se encontró que casi la mitad presentó relación entre disfuncionalidad familiar y depresión (23)

Para finalizar también en Cuenca Pedro Alemán y Doménica Figueroa evaluaron salud mental en alumnos de primero de bachillerato, específicamente a 414 de ellos. Entre los resultados más interesantes fue un 94 % de algún tipo de alteración mental (24)



## **2.7 TEST DE HAMILTON**

### **2.7.1 Test de Hamilton para personas con síntomas de ansiedad:**

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. El test de ansiedad de Hamilton es utilizado para evaluar a los pacientes que se cree pueden estar sufriendo un trastorno de ansiedad o depresión. De acuerdo a los resultados arrojados por el mismo se diagnosticará el grado de gravedad del trastorno padecido. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplirse tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento si es que la paciente está recibiendo alguno.

Interpretación: El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada uno de los 14 ítems. Este cálculo rendirá una puntuación exhaustiva en el rango de 0 a 56. Ha sido predeterminado que los resultados de la evaluación, pueden ser interpretados como siguen. Una puntuación de

Ansiedad Ausente: 0 a 5.

Ansiedad Leve: 6 a 17.

Ansiedad Moderada: 18 y 24.

Ansiedad Severa. 24 a 30.

Ansiedad muy Severa: 31 a 56. (32)



## 2.8 Test de Hamilton para Depresión

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como



una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo. (34)

En el presente estudio se utilizó el Test de Hamilton para determinar los niveles de ansiedad, como base para realizar el formulario de preguntas elaborado por los autores, el mismo que se sometió a la pertinente prueba piloto.

## **2.9 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS (Validez por medio del Alpha de Cronbach)**

### **2.9.1 Test de Hamilton para Ansiedad**

Fiabilidad(32):

- Muestra una buena consistencia interna
- Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada- Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana y aceptable estabilidad después de un año

Validez:

- La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad- Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos.
- Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton.- Es sensible al cambio tras el tratamiento (32)

### **2.9.2 Test de Hamilton para Depresión**

Fiabilidad: En sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.



Validez: Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Es muy sensible al cambio terapéutico. (37)





## CAPITULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto del embarazo en la salud mental de las adolescentes, del Distrito 01D01, Cuenca 2017.

#### 3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar los aspectos sociodemográficos y económicos de las adolescentes embarazadas del Distrito 01D01.
2. Determinar el estado de ansiedad y depresión según áreas de salud: Uncovía, Barrial Blanco, Ricaurte, Centro de Salud N°2 y El Paraíso.
3. Identificar los niveles de ansiedad presentes en las 70 adolescentes embarazadas mediante la aplicación del Test de Ansiedad de Hamilton.
4. Identificar los niveles de depresión en las 70 adolescentes embarazadas mediante la aplicación del Test de Depresión de Hamilton.



## CAPITULO IV

### 4. DISEÑO METODOLOGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación que se llevó a cabo, fue descriptivo de corte transversal, pues se identificó y describió el impacto del embarazo y los niveles de ansiedad en los adolescentes mediante la aplicación de encuestas y el Test de Hamilton.

#### 4.2 AREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la Dirección Distrital 01D01 de la Jefatura de salud Pública del Azuay donde se trabajó con las siguientes unidades: Centro de Salud Uncovía, Subcentro de Salud Barrial Blanco, Centro de Salud N°2, Centro de Salud El paraíso, Subcentro de Salud Ricaurte.

#### 4.3 UNIVERSO

- **Universo**

El Universo estuvo constituido por 70 adolescentes entre 14 y 19 años que estuvieron embarazadas, y que acuden y/o acudieron a su control prenatal a las siguientes unidades: Centro de Salud Uncovía, Subcentro de Salud Barrial Blanco, Centro de Salud N°2, Centro de Salud El Paraíso y Subcentro de Salud Ricaurte. La muestra final fue de 70 adolescentes embarazadas

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

**Criterios de Inclusión:** Gestantes adolescentes que estén cursando su primer y segundo trimestre de embarazo, que acudieron a sus controles prenatales y aceptaron participar y firmar el asentimiento y consentimiento informado.

**Criterios De Exclusión:** Las gestantes que no participaron en este estudio fueron aquellas que presentan problemas psicológicos crónicos que no estén influenciados con el embarazo, enfermedades crónicas degenerativas usuarias, o con algún tipo de discapacidad ya sea física o mental.



## 4.5 VARIABLES

Las variables que fueron aplicadas en el proceso de investigación son:

- Sociodemográficas (Edad, Residencia, Nivel de Instrucción, Estado Civil, convivencia)
- Económicas (Ocupación, Salario)
- Psicológicas: Ansiedad y Depresión (según Test de Hamilton)



#### 4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta la actualidad.	Biológica Cronológica	Años cumplidos	-Menor de 16 -16-17 -18-19
<b>Residencia</b>	Lugar donde habita una persona	Geográfica	Lugar donde habita	-Urbano -Rural
<b>Centros de Salud</b>	Lugar destinado a la atención Sanitaria de una persona.	Geográfica	Lugar donde la adolescente embarazada se realiza sus controles prenatales.	-Uncovía. -Ricaurte. -Barrial Blanco. -Centro de Salud N°2. -El Paraíso
<b>Nivel de Instrucción</b>	Grado de estudio realizado de una persona	Educativa	Años de estudio	-Bachillerato Incompleto -Bachillerato Completo -Superior
<b>Ocupación</b>	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona del cual puede o no tener remuneración.	Laboral	Actividad que realiza una persona	-Empleada privado -Empleada publico -Ama de casa -Estudiante
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Legal o social	Relaciones interpersonales	-Casada -Soltera -Unión libre -Divorciada -Viuda
<b>Número de hijos</b>	Cantidad de hijos que tiene sin contar el embarazo actual	Social	Cantidad	-Ninguno. -Uno. -Dos.
<b>Convivencia</b>	Persona(s) con quien convive	Social	Convivientes	-Pareja. -Padres. -Abuelos. -Otros familiares. -Suegros
<b>Remuneración Monetaria Unificada</b>	Ingresos al concepto de salario remunerado.	Económico	Dólares	-menos de 200. -200-499 -500-799 -800 o más.
<b>Nivel de Ansiedad</b>	Nivel de ansiedad medido en la embarazadas	Psicológica	Test de Hamilton para ansiedad.	-Ausente. -Leve. -Moderado. -Grave. -Muy Grave.
<b>Nivel de Depresión</b>	Nivel de depresión medido en las embarazadas.	Psicológica	Test de Hamilton para depresión.	No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23



#### 4.6. METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS

**Métodos:** Por medio de encuestas diseñadas específicamente para medir el impacto del embarazo en la salud mental de las adolescentes.

**Técnicas:** Se emplearon la Entrevista estructurada y los Test.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizó fue una encuesta para establecer sus ingresos económicos, así como el formulario de preguntas del autor Hamilton para Ansiedad y Depresión el mismo que esta validado por Ramos-Brieva y cols, y sirve para medir el estado de la salud mental y consta de 13 preguntas para ansiedad y 17 preguntas para depresión con respuesta de selección objetiva. (Anexo 2 y 3).

#### 4.7 PROCEDIMIENTOS

**Autorizaciones requeridas:** Facultad de Ciencias Médicas Decanato, Directora de tesis y Director del Distrito N°01D01.

**Supervisión:** Directora del proyecto de investigación. Licenciada Zara Bermeo

#### 4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez que los datos fueron recolectados en el formulario se transcribió la información a una base digital y se analizaran los datos mediante el programa SPSS versión 21.0, Se calcularon frecuencias y porcentajes (para las variables cualitativas categorizadas), así como medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) para la edad de las adolescentes.

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Toda la información que se adquirió de la tesis fue de uso de la investigación, además de haberla hecho con voluntad de la usuaria que firmaron un consentimiento o asentimiento informado según corresponda, que permitió aplicar



la investigación, dichos resultados no fueron divulgados, alterados o utilizados con fines lucrativos, ni representó riesgo alguno a la encuestada. (Anexo 4, 5,6 y 7)



## CAPITULO V

### 5. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS:

Los objetivos fueron alcanzados de manera satisfactoria mediante el procesamiento de la información recopilada con el uso del Test de Hamilton para ansiedad y depresión aplicado a la muestra escogida de 70 adolescentes embarazadas.

La identificación de los niveles de ansiedad y depresión según la aplicación del Test de Hamilton

#### 5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

**Tabla 1.** Distribución de las 70 adolescentes embarazadas del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay según edad Cuenca 2017.

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 16	11	15,7%
16 a 17	20	28,6%
18 a 19	39	54,7%
TOTAL	70	100%
Media	17,30	
Desviación Estándar	1,44	

Fuente: Encuesta realizada.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma

**Análisis e Interpretación:** Las encuestadas tuvieron un promedio de edad de  $17,30 \pm 1,44$  años. Predominando el grupo de 18 a 19 años con un 54,7%, seguido por el de los 16 a 17 años (28,6%), y un 15,7% tenían menos de 16 años.



**Tabla Nº2.** Distribución de las 70 adolescentes embarazadas del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública Azuay según zona de residencia Cuenca 2017.

ZONA DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	63	90,0%
RURAL	7	10,0%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada.  
Autor: Juan Pablo Farfán Duma

**Análisis e Interpretación:** El 90% de las adolescentes residen en zona urbana. Solo el 10% vive en zonas rurales. El nivel de instrucción está similarmente distribuido entre la secundaria incompleta, completa y superior.

**Tabla Nº3:** Distribución de las 70 adolescentes embarazadas del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay según nivel de instrucción Cuenca 2017.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CURSA BACHILLERATO	25	35,7%
BACHILLERATO INCOMPLETO	23	32,9%
SUPERIOR	22	31,4%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma

**Análisis e Interpretación:** En lo referente al nivel de instrucción de las adolescentes embarazadas que fueron encuestadas 35,7% se encuentra cursando bachillerato, el 32,9% de las adolescentes no ha concluido el bachillerato y el 31,4% se encuentran cursando estudios superiores





**Tabla Nº4:** Distribución de las 70 adolescentes embarazadas del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay según estado civil Cuenca 2017.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	20	29%
SOLTERA	23	33%
UNIÓN LIBRE	22	31%
DIVORCIADA	5	7%
VIUDA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma

**Análisis e Interpretación:** El 33% de las adolescentes son solteras, seguidas por el 31% que se encuentra en Unión libre, el 29% son casadas y el 7% son divorciadas.



**Tabla N°5:** Distribución de las 70 adolescentes embarazadas del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay según convivencia Cuenca 2017.

CONVIVENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PAREJA	42	60%
PADRES	22	31%
ABUELOS	3	4%
SUEGROS	2	3%
OTROS FAMILIARES	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las adolescentes viven con su pareja 60%, con sus padres, el 31%, seguido por el 4% que conviven con sus abuelos, el 3% con sus suegros y finalmente del 2% con otros familiares.



**Tabla N°6:** Distribución de las 70 adolescentes embarazadas del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública Azuay según número de hijos Cuenca 2017.

NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	64	91,4%
UNO	4	5,7%
DOS	2	2,9%
DOS O MÁS	0	0%
<b>TOTAL</b>	70	100%

Fuente: Encuesta realizada.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las adolescentes no han tenido ningún hijo anteriormente 91,4%, seguido por el 5,7 que tiene 1 solo hijo y finalmente el 2,9 de las adolescentes tienen dos o más hijos.



**Tabla N°7:** Distribución de las 70 adolescentes embarazadas del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay según ocupación Cuenca 2017.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMPLEADA PÚBLICA	4	5,7%
EMPLEADA PRIVADA	15	21,4%
AMA DE CASA	14	20%
ESTUDIANTE	37	52,9%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma

**Análisis e Interpretación:** En cuanto a la ocupación el 52,9% aun continua sus estudios, el 21,4% tiene un empleo en el sector privado, seguido por el 20% que no tiene un empleo fijo y se dedica a ser ama de casa y finalmente el 5,7% que trabaja en el sector público.



**Tabla N°8:** Distribución de las 70 adolescentes embarazadas del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay según remuneración monetaria unificada Cuenca 2017.

REMUNERACIÓN MONETARIA UNIFICADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE \$200	24	34%
DE \$200-499	36	52%
DE 500-799	10	14%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma

**Análisis e Interpretación:** En cuanto a los ingresos el 52% recibe ingresos entre 200 y 499 dólares mensuales, el 34% tiene ingresos menos a 200 dólares mensuales y solo el 14% percibe un ingreso que oscila entre 500 a 799 dólares mensuales.



## 5.2. NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN UNIDADES OPERATIVAS.

**Tabla N°9:** Distribución de las 27 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa Uncovía del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Ansiedad, Cuenca 2017.

NIVEL DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	0	0%
ANSIEDAD LEVE	14	52%
ANSIEDAD MODERADA	9	33%
ANSIEDAD SEVERA	4	15
ANSIEDAD MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Hamilton para Ansiedad aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

Ansiedad Ausente: 0 a 5.

Ansiedad Leve: 6 a 17.

Ansiedad Moderada: 18 y 24.

Ansiedad Severa. 24 a 30.

Ansiedad muy Severa: 31 a 56

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 52% (14 adolescentes embarazadas), reflejan puntuaciones entre 6 a 17 del test de Hamilton para ansiedad, lo que se clasifica como **ANSIEDAD LEVE**, puntuaciones entre 18 y 24 tuvieron el 29% (9 adolescentes embarazadas), reflejan **ANSIEDAD MODERADA**. El 15%(4 adolescentes embarazadas) obtuvieron puntuaciones entre 24 a 30 lo que refleja **ANSIEDAD SEVERA**.



**Tabla N°10:** Distribución de las 20 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa Ricaurte del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Ansiedad, Cuenca 2017..

NIVEL DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	0	0%
ANSIEDAD LEVE	16	80%
ANSIEDAD MODERADA	2	10%
ANSIEDAD SEVERA	1	5%
ANSIEDAD MUY SEVERA	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma

Ansiedad Ausente: 0 a 5.

Ansiedad Leve: 6 a 17.

Ansiedad Moderada: 18 y 24.

Ansiedad Severa. 24 a 30.

Ansiedad muy Severa: 31 a 56

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 80% (16 adolescentes embarazadas), reflejan puntuaciones entre 6 a 17 del test de Hamilton para ansiedad, lo que se clasifica como **ANSIEDAD LEVE**, puntuaciones entre 18 y 24 tuvieron el 10%(2 adolescentes embarazadas) lo que refleja **ANSIEDAD MODERADA**. El 5% (1 adolescente embarazada) obtuvo puntuaciones entre 24 a 30 lo que refleja **ANSIEDAD SEVERA**. El 5% obtuvieron la puntuación de 31 a 56 (1 adolescente embarazada) lo que llama la atención ya que presenta **ANSIEDAD MUY SEVERA**.



**Tabla N°11:** Distribución de las 7 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa Barrial Blanco del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Ansiedad, Cuenca 2017..

NIVEL DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	0	0%
ANSIEDAD LEVE	4	57%
ANSIEDAD MODERADA	2	29%
ANSIEDAD SEVERA	1	14%
ANSIEDAD MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Hamilton para Ansiedad aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

Ansiedad Ausente: 0 a 5.

Ansiedad Leve: 6 a 17.

Ansiedad Moderada: 18 y 24.

Ansiedad Severa. 24 a 30.

Ansiedad muy Severa: 31 a 56

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 57% (4 adolescentes embarazadas) reflejan puntuaciones entre 6 a 17 del test de Hamilton para ansiedad, lo que se clasifica como **ANSIEDAD LEVE**, puntuaciones entre 18 y 24 tuvieron el 29% (2 adolescentes embarazadas) lo que refleja **ANSIEDAD MODERADA**. El 14% (1 adolescente embarazada) obtuvo puntuaciones entre 24 a 30 lo que refleja **ANSIEDAD SEVERA**.





**Tabla N°12:** Distribución de las 8 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa El Paraíso del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Ansiedad, Cuenca 2017.

NIVEL DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	0	0%
ANSIEDAD LEVE	4	50%
ANSIEDAD MODERADA	3	37%
ANSIEDAD SEVERA	1	13%
ANSIEDAD MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Hamilton para Ansiedad aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

Ansiedad Ausente: 0 a 5.

Ansiedad Leve: 6 a 17.

Ansiedad Moderada: 18 y 24.

Ansiedad Severa. 24 a 30.

Ansiedad muy Severa: 31 a 56

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 50% (4 adolescentes embarazadas) reflejan puntuaciones entre 6 a 17 del test de Hamilton para ansiedad, lo que se clasifica como **ANSIEDAD LEVE**, puntuaciones entre 18 y 24 tuvieron el 37% (3 adolescentes embarazadas) lo que refleja **ANSIEDAD MODERADA**. El 13% (1 adolescente embarazada) obtuvo la puntuación de 25 a 30 lo que llama la atención ya que presenta **ANSIEDAD SEVERA**.



**Tabla N°13:** Distribución de las 8 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa N°2 del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Ansiedad, Cuenca 2017

NIVEL DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	0	0%
ANSIEDAD LEVE	5	62%
ANSIEDAD MODERADA	3	38%
ANSIEDAD SEVERA	0	0%
ANSIEDAD MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Hamilton para Ansiedad aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma

Ansiedad Ausente: 0 a 5.

Ansiedad Leve: 6 a 17.

Ansiedad Moderada: 18 y 24.

Ansiedad Severa. 24 a 30.

Ansiedad muy Severa: 31 a 56

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 62% (5 adolescentes embarazadas) reflejan puntuaciones entre 6 a 17 del test de Hamilton para ansiedad, lo que se clasifica como **ANSIEDAD LEVE**, puntuaciones entre 18 y 24 tuvieron el 38% (3 adolescentes embarazadas) lo que refleja **ANSIEDAD MODERADA**. El 14% (1 adolescente embarazada) obtuvo puntuaciones entre 24 a 30 lo que refleja **ANSIEDAD SEVERA**. El 14% (1 adolescente embarazada) obtuvo la puntuación de 31 a 56 lo que llama la atención ya que presenta **ANSIEDAD MUY SEVERA**.



**Tabla N°14:** Distribución de las 27 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa Uncovía del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Depresión, Cuenca 2017.

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEPRIMIDO	0	0%
DEPRESIÓN LIGERA	12	45%
DEPRESIÓN MODERADA	15	55%
DEPRESIÓN SEVERA	0	0%
DEPRESIÓN MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Hamilton para Depresión aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 55% (15 adolescentes embarazadas), reflejan puntuaciones entre 14 a 18 del test de Hamilton para depresión, lo que se clasifica como **DEPRESIÓN MODERADA**, puntuaciones entre 8 y 13 tuvieron el 45% (12 adolescentes embarazadas), reflejan **DEPRESIÓN LIGERA**.



**Tabla N°15:** Distribución de las 20 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa Ricaurte del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Depresión, Cuenca 2017.

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEPRIMIDO	0	0%
DEPRESIÓN LIGERA	15	75%
DEPRESIÓN MODERADA	4	20%
DEPRESIÓN SEVERA	1	5%
DEPRESIÓN MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Hamilton para Depresión aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 75% (15 adolescentes embarazadas), reflejan puntuaciones entre 8 a 13 del test de Hamilton para depresión, lo que se clasifica como **DEPRESIÓN LIGERA**, puntuaciones entre 14 y 18 el 20% (4 adolescentes embarazadas), reflejan **DEPRESIÓN MODERADA**. El 5%(1 adolescente embarazada) obtuvo puntuaciones entre 19 a 22 lo que refleja **DEPRESIÓN SEVERA**.



**Tabla N°16:** Distribución de las 7 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa Barrial Blanco del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Depresión, Cuenca 2017.

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEPRIMIDO	0	0%
DEPRESIÓN LIGERA	3	43%
DEPRESIÓN MODERADA	3	43%
DEPRESIÓN SEVERA	1	14%
DEPRESIÓN MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Hamilton para Depresión aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

**Análisis e Interpretación:** El 43% (3 adolescentes embarazadas), reflejan puntuaciones entre 8 a 13 del test de Hamilton para depresión, lo que se clasifica como **DEPRESIÓN LIGERA**, puntuaciones entre 14 y 18 el 43% (4 adolescentes embarazadas), reflejan **DEPRESIÓN MODERADA**. El 14%(1 adolescente embarazada) obtuvo puntuaciones entre 19 a 22 lo que refleja **DEPRESIÓN SEVERA**.



**Tabla N°17:** Distribución de las 8 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa El Paraíso del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Depresión, Cuenca 2017.

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEPRIMIDO	0	0%
DEPRESIÓN LIGERA	3	37%
DEPRESIÓN MODERADA	4	50%
DEPRESIÓN SEVERA	1	13%
DEPRESIÓN MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Hamilton para Depresión aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 50% (4 adolescentes embarazadas), reflejan puntuaciones entre 4 a 18 del test de Hamilton para depresión, lo que se clasifica como **DEPRESIÓN MODERADA**, puntuaciones entre 8 y 13 las obtuvo el 37% (3 adolescentes embarazadas), reflejan **DEPRESIÓN LIGERA**. El 13% (1 adolescente embarazada) obtuvo puntuaciones entre 19 a 22 lo que refleja **DEPRESIÓN SEVERA**.



**Tabla N°18:** Distribución de las 8 adolescentes embarazadas en la Unidad operativa N°2 del Distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay, según Nivel de Depresión, Cuenca 2017.

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEPRIMIDO	0	0%
DEPRESIÓN LIGERA	7	87%
DEPRESIÓN MODERADA	1	13%
DEPRESIÓN SEVERA	0	0%
DEPRESIÓN MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fuente: Test de Hamilton para Depresión aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 87% (7 adolescentes embarazadas), reflejan puntuaciones entre 8 a 13 del test de Hamilton para depresión, lo que se clasifica como **DEPRESIÓN LIGERA**, puntuaciones entre 14 y 18, la obtuvo el 13% (1 adolescente embarazada), lo que refleja **DEPRESIÓN MODERADA**.



### 5.3. NIVELES DE ANSIEDAD PRESENTES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST DE HAMILTON

**Tabla 19.** Distribución del nivel de ansiedad de las 70 adolescentes embarazadas estudiadas del distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay según la puntuación del Test de Hamilton para ansiedad, Cuenca 2017.

NIVELES DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	0	0
ANSIEDAD LEVE	43	62%
ANSIEDAD MODERADA	19	27%
ANSIEDAD SEVERA	7	10%
ANSIEDAD MUY SEVERA	1	1%
<b>TOTALES</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Test de Hamilton para Ansiedad aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

Ansiedad Ausente: 0 a 5.

Ansiedad Leve: 6 a 17.

Ansiedad Moderada: 18 y 24.

Ansiedad Severa. 24 a 30.

Ansiedad muy Severa: 31 a 56

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 62% (43 adolescentes embarazadas) obtuvieron puntuaciones entre 6 a 17 del test de Hamilton para ansiedad, lo que se clasifica como **ANSIEDAD LEVE**, puntuaciones entre 18 y 24 tuvieron el 27% (19 adolescentes embarazadas) lo que refleja **ANSIEDAD MODERADA**. El 10% (7 adolescentes embarazadas) obtuvieron la puntuación de 25 a 30, lo que manifiesta **ANSIEDAD SEVERA** y el 1%(1 adolescente embarazada) obtuvo un puntaje de 31 a 56 lo que llama la atención y que refleja **ANSIEDAD MUY SEVERA**.





**Tabla 20.** Distribución del nivel de depresión de las 70 adolescentes embarazadas estudiadas del distrito 01D01 del Ministerio de Salud Pública del Azuay según la puntuación del Test de Hamilton para depresión, Cuenca 2017.

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEPRIMIDO	0	0%
DEPRESIÓN LIGERA	40	57%
DEPRESIÓN MODERADA	27	39%
DEPRESIÓN SEVERA	3	4%
DEPRESIÓN MUY SEVERA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Test de Hamilton para Depresión aplicado.  
Elaborado por: Juan Pablo Farfán Duma.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

**Análisis e Interpretación:** La mayoría de las encuestadas 57% (40 adolescentes embarazadas), obtuvieron puntuaciones entre 8 a 13 del test de Hamilton para depresión, lo que se clasifica como **DEPRESIÓN LIGERA**, puntuaciones entre 14 y 18 las obtuvieron el 36% (27 adolescentes embarazadas), reflejan **DEPRESIÓN MODERADA**. El 4% (3 adolescentes embarazadas) obtuvieron puntuaciones entre 19 a 22 lo que refleja **DEPRESIÓN SEVERA**.



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Las 70 adolescentes estudiadas tuvieron un promedio de edad de  $17,30 \pm 1,44$  años. Predominando el grupo de 18 a 19 años con más del 50% de los casos, la mayoría reside en zona urbana.

El nivel de instrucción está similarmente distribuido entre la secundaria incompleta, completa y superior. Esto era de esperar puesto que con los nuevos programas de enseñanza la mayoría de las adolescentes ya tienen la primaria vencida y cursan de nivel secundario en adelante.

Más del 33% se encuentra soltera y el 31% en unión libre. Este comportamiento es muy común en la actualidad, hay una mayor cantidad de madres solteras y uniones libres y menos parejas casadas.

El 60% vive con su pareja y algo más del 30% con sus padres, solo 6 adolescentes tienen hijos. A pesar de que no predominan las casadas como ya explicábamos es más común en los tiempos actuales que las parejas vivan juntas, aunque no tengan lo que llamamos una unión legitimizada (casamiento) y en este estudio se comprobó.

En cuanto a lo laboral las adolescentes (52,9%) con ocupaciones no relacionadas con empleos públicos o privados ni amas de casa representan un gran número que aún estudian, el resto ocupan empleos privados y son amas de casa; las adolescentes que son mayores de edad ocupan cargos públicos que es en un número que representa el 4,7%. Por la edad que presentan es muy común que la mayoría sean estudiantes o que tuvieron que dejar los estudios al encontrarse embarazadas.



Los salarios que perciben están entre 200 y 799 dólares, salarios bajos, sobre todo si se tiene en cuenta que como adolescentes no tienen una experiencia laboral ni una profesión que les permita aspirar a una mayor remuneración.

El embarazo adolescente está estrechamente relacionado con el inicio de las relaciones sexuales muy tempranas. Los estudios actuales muestran que las relaciones sexuales se inician a edades mucho más tempranas que en el siglo pasado.

El estudio de Cando en 2013, en Quito (20), recoge una edad de inicio de las relaciones sexuales en el rango de los 14-17 años de edad con mayor frecuencia a los 14 en las chicas. Por otro lado, Chasi(21)en Latacunga, Ambato en 2016, encontró que un 20% había iniciaron su vida sexual entre los 10 y 12 años mientras un 36% ya había comenzado entre los 13 y los 15 años.

Al quedar embarazadas o en estado de gestación a edades tempranas cuando aún no se tienen los mecanismos psicológicos para afrontar esta etapa de la vida, pues se producen con mayor frecuencia, la depresión, ansiedad y otros trastornos. Igualmente, los factores familiares son influyentes en el estado mental de la adolescente embarazada.

En el presente estudio la mayoría de las encuestadas (62%) reflejan puntuaciones entre 6 y 17 para el test de Hamilton para ansiedad, lo que se clasifica como Ansiedad Leve, el 30% se mostraron con un nivel moderado de ansiedad.

De igual manera en la aplicación del test de Hamilton para Depresión evidencio que el 57% de las adolescentes embarazadas obtuvieron puntuaciones entre 8 y 13 lo que refleja que padecen una ligera Depresión seguido por el 36% de las embarazadas que demuestran un nivel moderado de Depresión, cabe recalcar que las adolescentes que reflejan un nivel de depresión severa (4%) necesitan atención prioritaria.



En la investigación de Ospina y cols en Colombia para identificar síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años, se detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5% de la población estudiada; de los que el 28,3% presentó síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, y síntomas tanto de ansiedad como de depresión en 8,9%. Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres (19).

En su estudio Abambari y cols, sobre la disfuncionalidad familiar, como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel, Ecuador. 2013” con 428 adolescentes de 15 y 19 años mediante el uso de la herramienta FF-SIL para disfuncionalidad familiar y la escala de Hamilton para los trastornos del ánimo, de detectó que la prevalencia de disfuncionalidad familiar fue del 15,7% y de disfuncionalidad severa 4%; de depresión 25,7% y de ansiedad un 15.7%; la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de ansiedad con Odds ratio de 3,25. Identificaron que la disfuncionalidad familiar fue un factor asociado a la depresión y ansiedad en estos jóvenes y se relaciona con ellas(22).

Concluyeron que la disfunción familiar es un factor de riesgo estadísticamente significativo para presentar depresión y ansiedad en la población adolescente del cantón Santa Isabel, así como los trastornos del estado de ánimo(22).

Otra investigación realizada en Cuenca, por Rivera y Sánchez sobre prevalencia de trastornos psicopatológicos de los estudiantes del Colegio Técnico Nacional Cumbe del cantón Cuenca, 2013, reportó una ansiedad de 20.94% y consumo de alcohol 18,59%. La ansiedad y depresión fueron más frecuentes en el sexo femenino, principalmente en adolescentes de 12-15 años (23).

En el estudio de Ortega y cols en Cuenca, en 2014, el 45% de las gestantes mostraron un nivel de ansiedad de 13- 17 significa menos que ansiedad mayor; el 69% tenía instrucción primaria; el 37% estaban casadas; la mayor parte de gestantes son de escasos recursos económicos con un porcentaje de 56,50%; el



69,10% de ellas la ocupación es de quehaceres domésticos; y el 61% de gestantes tiene familias nucleares(33).

Más recientemente, Alemán y Figueroa, en nuestra ciudad, en 2017, investigaron sobre la salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad Familiar, indicando de que los estudiantes que reportaron ansiedad, presentaron mayor porcentaje de familias con moderada disfunción con 36%, seguido de grave disfunción con 34%(24).

En la presente investigación se mostró que existe un nivel de ansiedad y depresión leve en la mayoría de las adolescentes embarazadas, en ningún caso el Test de Hamilton mostró valores de ansiedad nulos, por lo que la atención a este grupo tan vulnerable debe ser prioritaria se hace relación los resultados con estudios en mujeres adolescentes ya que esta población son más propensas a quedar embarazadas y por otra parte son pocos los estudios que tienen la temática de trastornos psicológicos en el embarazo.



## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA

#### 7.1 CONCLUSIONES

Objetivo	Conclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar los aspectos sociodemográficos y económicos de las adolescentes embarazadas del Distrito 01D01.</li> </ul>	<p>Al momento de caracterizar los aspectos sociodemográficos las 70 encuestadas tuvieron un promedio de edad de <math>17,30 \pm 1,44</math> años. Predominando el grupo de 18 a 19 años con más del 50% de los casos, la mayoría reside en zona urbana. El nivel de instrucción está similarmente distribuido entre la secundaria incompleta, completa y superior. Más del 33% se encuentran en solteras y el 31% en unión libre. El 60% vive con su pareja y algo más del 30% con sus padres, y solo 6 adolescentes tienen hijos a parte del que está gestando.</p> <p>En cuanto a la ocupación y situación económica en este estudio predominaron las embarazadas adolescentes con ocupaciones no relacionadas con empleos públicos o privados ni amas de casa, un gran número aún estudian. Los salarios que perciben están entre 200 y 799</p>



	dólares dependiendo de su remuneración monetaria unificada.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el estado de ansiedad y depresión según áreas de salud: Uncovía, Barrial Blanco, Ricaurte, Centro de Salud N°2 y El Paraíso.</li> </ul>	<p>Esta investigación mostró que existe un mayor número de adolescentes embarazadas con Ansiedad Severa en la Unidad Operativa Uncovía que representa un 5,7% del total de la población estudiada de igual manera en la unidad operativa donde existe un mayor número de adolescentes con un nivel de Ansiedad Leve es en Ricaurte que representa un 22,8% del total de la población estudiada. Por otra parte, esta misma investigación mostró que existe un mayor número de adolescentes embarazadas con Depresión Ligera en la Unidad Operativa Ricaurte que representa un 21,4% del total de la población estudiada de igual manera en la unidad operativa donde existe un mayor número de adolescentes con un nivel de Depresión Moderada es en Uncovía que representa 21,4% del total de la población estudiada al igual que la población previamente mencionada. En estas adolescentes embarazadas, en ningún caso el Test de Hamilton mostró valores de Depresión y Ansiedad nulos, por lo que la atención a este grupo tan vulnerable debe ser prioritaria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los niveles de ansiedad presentes en las adolescentes embarazadas mediante la</li> </ul>	<p>Los resultados del Test de Hamilton para Ansiedad la mayoría de las encuestadas (62%) reflejan</p>



<p>aplicación del Test de Ansiedad de Hamilton.</p>	<p>puntuaciones entre 6 y 17 del Test, lo que se clasifica como que el Nivel de Ansiedad en la mayoría de adolescentes es Leve. En nivel moderado se encuentra el 27% de las adolescentes con puntuaciones entre 18 y 24 seguido por el 10% que obtuvieron puntuaciones entre 25 y 30 reflejando Ansiedad Severa y por último el aspecto que más llama la atención pertenece al 1% de la población que revela un nivel de Ansiedad muy Severa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los niveles de depresión en las adolescentes embarazadas mediante la aplicación del Test de Depresión de Hamilton.</li> </ul>	<p>Con relación al Test de Hamilton para Depresión la mayoría de las encuestadas (57%) reflejan puntuaciones entre 8 y 13 del Test, lo que se clasifica como que el Nivel de Depresión en la mayoría de adolescentes es Ligera. En Nivel Moderado de Depresión se encuentra el 36% de las adolescentes con puntuaciones entre 14 y 18 seguido por el 4% que obtuvieron puntuaciones entre 19 y 22 reflejando Depresión Severa.</p>





## 7.2 RECOMENDACIONES

- Realizar actividades de entretenimiento con las adolescentes embarazadas que les aporten patrones positivos de pensamiento: belleza natural, el ejercicio de la maternidad, la importancia de la maternidad, crear amistades, para disminuir la ansiedad presente en estas adolescentes.
- Realizar investigaciones para indagar de una manera amplia sobre los factores de riesgo y su posible relación con la ansiedad en estas adolescentes.
- Que por los resultados encontrados en este estudio se realice un seguimiento en estas adolescentes, sobre todo en las más afectadas, con el objetivo de prevenir que en su estado ansioso puedan acudir a consumo de sustancias u otras actividades que afecten su gestación y su estado físico-mental.



## 7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 7.3.1 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Flores M. La salud mental en la mujer embarazada. Perinatol. Reprod. Hum. 2013 Enero; 27(3) Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300001)).
2. Teresa Y. Impacto que causa el embarazo a temprana edad. [Internet].; 2017 [cited 2017 Diciembre 10. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos96/impacto-que-cause-embarazo-temprana-edad/impacto-que-cause-embarazo-temprana-edad.shtml#ixzz4cfWUUAyY>.
3. Calvopiña A. Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente. Tesis de grado. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2052/1/T-UCE-0007-70.pdf>.
4. Ávila AS. Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis. Tesis de grado. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2014. Report No.: Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3676/1/T-UCE-0007-121.pdf>.
5. Embarazo adolescente. [Internet].; 2017 [cited 2017 Diciembre 5. Disponible en: <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=6341>.
6. Martínez S. Embarazo adolescente: ¿falta educación sexual o proyecto de vida? [Internet].; 2016 [cited 2017 Diciembre 5. Disponible en: <http://www.semana.com/educacion/articulo/embarazo-adolescente-falta-educacion-sexual-proyecto-de-vida/393556-3>.
7. El embarazo de la adolescente y los problemas familiares. [Internet].; 2014 [cited 2017 Diciembre 5. Disponible en: <http://infogen.org.mx/el-embarazo-de-la-adolescente-y-los-problemas-familiares/>.
8. Caraballo A. Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias. [Internet]. [cited 2017 Diciembre 5. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>.
9. Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente. [Internet].; 2015 [cited 2017 Diciembre 4. Disponible en:



<https://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>.

10. Rodríguez VJ. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>.
11. La realidad de las madres adolescentes en Ecuador. [Internet].; 2013 [cited 2017 Diciembre 5]. Disponibel en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/regional-centro/1/las-realidad-de-las-madres-adolescentes-en-ecuador>.
12. EsSalud. El embarazo en adolescentes es una realidad alarmante que puede cambiar la vida de muchos jóvenes. [Internet].; 2014 [cited 2017 Diciembre 3]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/el-embarazo-en-adolescentes-es-una-realidad-alarmante-que-puede-cambiar-la-vida-de-muchos-jovenes/>.
13. Gobierno de Guatemala. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. [Internet].; 2017 [cited 2017 Diciembre 4]. Disponible en: [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518).
14. Torrens R MC. Enfermería Obstétrica y Ginecológica.. 4851st ed. Barcelona; 2017.
15. Torres A. Las 3 etapas de la adolescencia. [Internet].; 2016 [cited 2017 Diciembre]. Disponible en: <https://psicologiymente.net/desarrollo/etapas-adolescencia#!>
16. Webscolar. [Internet].; 2017 [cited 2017 Diciembre 2]. Disponible en: <http://www.webscolar.com/concepto-de-salud-mental-por-varios-autores>.
17. Toncel Y. Características Psicosociales De Adolescentes Embarazadas Atendidas En Una IPS En La Ciudad De Santa Marta. Tesis de grado. Santa Marta: Universidad Coperativa de Colombia; 2015. Disponible en: <http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/198/1/Tesis%20de%20Maestr%C3%ADa%20en%20DINA%20%282%29.pdf>.
18. Narváez P. “Perfil psicológico y social de las adolescentes en edades entre los 15 a 19 años que presentan embarazo precoz Universidad Central del Ecuador 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12862/1/T-UCE-0007-PPS006.pdf>



19. Ospina F. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev Salud Pública. 2011; 13(6: 908-920. Disponible en: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642011000600004&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642011000600004&script=sci_arttext)).
20. Cando L. Análisis sociofamiliar y pedagógico que determinan la conducta sexual de los y las adolescentes: “Caso Décimo Año Educación General Básica y Primero de Bachillerato de la Unidad Educativa “Teodoro Gómez de la Torre” de la ciudad de Ibarra en el año lectiv. Tesis de Licenciatura en trabajo social. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Gestión Social; 2013. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9764/Tesis%20Lorena%20Cando.pdf?sequence=1>.
21. Chaci A. Embarazos en la adolescencia y factores de riesgo maternos en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el período 2015. Tesis en opción al título de Médico Cirujano. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas; 2016. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3509/1/TUAMED010-2016.pdf>.
22. Abambari C, Zhunio D, Romero A, Redrován J, Atiencia R. La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel. Reista Médica HJCA. 2013; 5(1. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/161>).
23. Rivera A, Sánchez S. Disfuncionalidad familiar y su relación con depresión la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca. 2014. Tesis para optar por el título de Médico. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. Report No.: Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20551/1/TESIS.pdf>.
24. Alemán PJ, Figueroa DA. Salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad Familiar, Cuenca-Ecuador, 2016. Tesis para optar por el título de médico. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27048/1/PROYECTO%20DE%20TESIS.pdf>.
25. Arnal AJ. Ataques de Ansiedad y Embarazo. [Internet].; 2016 [cited 2017 Diciembre 4. Disponible en: <http://www.segundomedico.com/ataques-ansiedad-embarazo/>.
26. Alonso A. Trastornos psicológicos más comunes durante el embarazo. [Internet].; 2016 [cited 2017 Diciembre 4. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/trastornos-psicologicos-mas-comunes-durante-el-embarazo/>.



27. Bagó. Ginecología. [Internet].; 2017 [cited 2017 Diciembre 2]. Disponible en:  
<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/ginecoweb638.htm>.
28. BabyCenter. El miedo y la ansiedad durante el embarazo. [Internet].; 2016 [cited 2017 Diciembre 5]. Disponible en: <https://espanol.babycenter.com/a25013903/el-miedo-y-la-ansiedad-durante-el-embarazo#ixzz4Y9OgA2tO>.
29. Mancilla J. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. Perinatol. Reprod. Hum. 2012 Enero-Marzo; 26(1) Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372012000100001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100001)).
30. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2013 Julio; 30(3) Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300017](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300017)).
31. Baez C. Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la umf 92 en el periodo enero a diciembre 2012. Tesis de grado. Ciudad de México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014. Disponible en:  
<http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/14556/1/412012.pdf>.
32. Alvarez D. Escala de Ansiedad de Hamilton. [Internet].; 2017 [citado 2017 Diciembre 6]. Disponible en:  
[https://www.academia.edu/4316627/Escala\\_de\\_Ansiedad\\_de\\_Hamilton](https://www.academia.edu/4316627/Escala_de_Ansiedad_de_Hamilton).
33. Ortega JK, Pizarro PE, Riera MA. Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la escala de hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca, 2014. Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21075/1/TESIS.pdf>.
- 34 Purriños M. Meiga.info. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Citado el 28 de Enero 2018]. Disponible en:  
<http://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
- 35 García S, María Elena. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, primera edición, editorial ENEO, 2008.
- 36 Assumpta, Rigol y Ugalde, Mercedes. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, cuarta edición, editorial MASSON, reimprisión 2010.



- 37 Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1986).Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr, Disponible en: [http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D\\_F.PDF](http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D_F.PDF)
38. Chaj G. "Adaptación emocional en el embarazo precoz( Citado el 9 de Marzo 2018) Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/42/Chaj-Gabriela.pdf>
39. Freire V. "Influencia física y psicológica en las adolescentes y sus repercusiones en la sociedad en el centro de salud Carlos Elizalde" (Citado el 9 de Marzo 2018) Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5477/1/INFLUENCIA%20FISICA%20Y%20PSICOLOGICA%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20LAS%20ADOLESCENTES.pdf>
40. Flores M. "La salud mental en la mujer embarazada" (Citado el 9 de Marzo de 2018) Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300001)



## ANEXOS

### ANEXO<sup>o</sup>1: ENCUESTAS UNIVERSIDAD DE CUENCA CARRERA DE ENFERMERIA

Como estudiante de la Universidad de Cuenca estoy trabajando en una investigación sobre factores relacionados con la ansiedad durante el embarazo en adolescentes de 14 a 19 años.

#### Instrucciones:

- Solicito de la manera más comedida que Usted responda con claridad y con la mayor sinceridad posible la opción elegida ya sea una X o un visto bueno✓
- Si Usted no tiene dificultad con una pregunta por favor pida explicación.
- Recuerde no hay respuestas incorrectas o correctas estas solo reflejan su sentir durante este proceso de embarazo.

NOMBRES: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° DE CÉDULA:

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

¿CUAL ES ACTUALMENTE SU ESTADO CIVIL?

Casada	
Soltera	
Unión Libre	
Divorciada	
Viuda	



¿QUÉ NIVEL DE INSTRUCCIÓN TIENE?

Bachillerato Incompleto	
Bachillerato Completo	
Superior	

¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

Empleada Publica	
Empleada Privada	
Ama de casa	
Estudiante	

ZONA DE VIVIENDA: **URBANO** ( ) **RURAL** ( )

1. ¿CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE?

Pareja	
Padre	
Abuelos	
Otros Familiares	
Suegros	

2. ¿NÚMERO DE HIJOS A PARTE DEL QUE ESTA GESTANDO?

\_\_\_\_\_

3. EN CASO DE QUE TRABAJE EN LA SIGUIENTE CATEGORIA SEÑALE SU SUELDO. EN EL CASO DE NO TRABAJAR EN LA LINEA PONER CUAL ES EL CABEZA DE FAMILIA EL PARENTESCO Y SEÑALAR EL SUELDO.

**0 – 100** ( )

**200 – 400** ( )

**500 – 700** ( )

**800 – A MAS** ( )





## ANEXO Nº 2

### TEST DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

Formulario de preguntas del autor Hamilton el mismo que esta validado por Ramos-Brieva y cols, y sirve para medir el estado de la salud mental y consta de 13 preguntas para ansiedad y 17 preguntas para el Test de Depresión con respuesta de selección objetiva.

#### Instrucciones:

- Solicito de la manera más comedida que Usted responda con claridad y con la mayor sinceridad posible la opción elegida ya sea una X o un visto bueno
- Si Usted no puede contestar una pregunta por favor pida explicación.
- Recuerde no hay respuestas incorrectas o correctas estas solo reflejan tu sentir durante este proceso de embarazo.

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____		
<b>1</b>	<b>Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.</b>	Puntaje
<b>Ansiedad</b>		
<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
<b>1</b>	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
<b>2</b>	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
<b>3</b>	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	



	<b>4</b>	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
<b>2</b> <b>Tensión</b>	<b>Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	<b>1</b>	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	<b>2</b>	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	<b>3</b>	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	<b>4</b>	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
<b>3</b> <b>Miedo</b>	<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

<b>4</b> <b>Insomnio</b>	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	Profundidad y duración del sueño usuales	
	<b>1</b>	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	



	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
<b>5</b> <b>Dificultades en la concentración y la memoria</b>	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
<b>6</b> <b>Animo deprimido</b>	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
<b>7</b>	<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.</b>		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje



<b>Síntomas somáticos generales (musculares)</b>	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

<b>8</b>  <b>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	<b>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinnitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	<b>2</b>	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
<b>9</b>  <b>Síntomas cardiovasculares</b>	<b>3</b>	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes	
	<b>2</b>	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	



	<b>4</b>	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>10</b> <b>Síntomas respiratorios</b>	<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Dudosamente presente	
	<b>2</b>	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	<b>4</b>	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>11</b> <b>Síntomas gastrointestinales</b>	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b>	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>12</b> <b>Síntomas genito urinarios</b>	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	



	<b>2</b>	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>13</b> <b>Síntomas autonómicos</b>	<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>14</b> <b>Conducta durante la entrevista</b>	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no parece ansioso	
	<b>1</b>	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	<b>2</b>	El paciente está moderadamente ansioso	
	<b>3</b>	El paciente está claramente ansioso	
	<b>4</b>	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	



### ANEXO N°3

### TEST DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

Formulario de preguntas del autor Hamilton el mismo que esta validado por Ramos-Brieva y cols, y sirve para medir el estado de la salud mental y consta de 13 preguntas para ansiedad y 17 preguntas para el Test de Depresión con respuesta de selección objetiva.

Instrucciones:

- Solicito de la manera más comedida que Usted responda con claridad y con la mayor sinceridad posible la opción elegida ya sea una X o un visto bueno
- Si Usted no puede contestar una pregunta por favor pida explicación.
- Recuerde no hay respuestas incorrectas o correctas estas solo reflejan tu sentir durante este proceso de embarazo.

Nº	Item	Puntaje	Descripción
1	<b>Humor Depresivo Tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad.</b>		0-Ausente.
			1-Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.
			2-Estas sensaciones las relata espontáneamente.
			3- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).
			4- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.
2	<b>Sentimientos de Culpa</b>		0- Ausente.
			1- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
			2- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.
			3- Siente que la enfermedad actual es un castigo.
			4- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales.
3	<b>Suicidio</b>		0- Ausente.
			1- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.
			2- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
			3- Ideas de suicidio o amenazas.



			4- Intentos de suicidio (cualquier intento serio).
4	<b>Insomnio Precoz</b>		0- No tiene dificultad.
			1- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, le toma más de media hora el conciliar el sueño.
			2- Dificultad para dormir cada noche.
5	<b>Insomnio Intermedio</b>		0- No hay dificultad.
			1- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea.
			2- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar).
6	<b>Insomnio Tardío</b>		0- No hay dificultad.
			1- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
			2- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7	<b>Trabajo y Actividades</b>		0- No hay dificultad.
			1- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos).
			2- Pérdida de interés en su actividad (falta de interés, indecisión y vacilación).
			3- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.
			4- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.
8	<b>Inhibición Psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>		0- Palabra y pensamiento normales.
			1- Ligero retraso en el habla.
			2- Evidente retraso en el habla.
			3- Dificultad para expresarse.
			4- Incapacidad para expresarse.
9	<b>Agitación Psicomotora</b>		0- Ninguna.
			1- Juega con sus dedos.
			2- Juega con sus manos, cabello, etc.
			3- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.





			4- Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos.
10	<b>Ansiedad Psíquica</b>		0- No hay dificultad.
			1- Tensión subjetiva e irritabilidad.
			2- Preocupación por pequeñas cosas.
			3- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.
			4- Expresa sus temores sin que le pregunten.
11	<b>Ansiedad Somática</b>		0- Ausente.
			1- Ligera.
			2- Moderada.
			3- Severa.
			4- Incapacitante.
12	<b>Síntomas Somáticos Gastrointestinales</b>		0- Ninguno.
			1- Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen.
			2- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.
13	<b>Síntomas Somáticos Generales</b>		0- Ninguno.
			1- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
			2- Cualquier síntoma bien definido.
14	<b>Síntomas Genitales</b>		0- Ausente.
			1- Débil.
			2- Grave.
15	<b>Hipocondría</b>		0- Ausente.
			1- Preocupado de sí mismo (corporalmente).
			2- Preocupado por su salud.
			3- Se lamenta constantemente, solicita ayuda.
16	<b>Pérdida de Peso</b>		0- Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana.
			1- Pérdida de más de 500 gramos en una semana.
			2- Pérdida de más de 1 kg. en una semana.
17	<b>Introspección</b>		0- Se da cuenta que está deprimido y enfermo exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
			1- Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima.
			2- No se da cuenta que está enfermo.



## ANEXO Nº4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **“IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD MENTAL DE LAS ADOLESCENTES DEL DISTRITO 01D01, CUENCA 2017”**

Yo, Juan Pablo Farfán Duma de la C.I. 0104838735 solicito su autorización para que su representado participe en el presente estudio.

**Introducción:** El aumento de madres adolescentes tiene profundas implicaciones sociodemográficas y psicológicos. La poca preparación que tiene una adolescente para enfrentar la maternidad no garantiza un núcleo familiar sano, pues su embarazo no ha sido producto de una decisión autónoma y planeada, sino del ejercicio precoz de su sexualidad. En términos generales, en Ecuador, de cada 100 partos, 23 son de adolescentes.

**Propósito:** Con el presente estudio se pretende determinar las características sociales, económicas, y psicológicas; los problemas de salud mental; el impacto social; económico y psicológico de las adolescentes embarazadas del distrito 01D01.

**Riesgos/Beneficios:** No se presenta riesgo alguno para la participante por cuanto el estudio no involucra contacto físico, así como no se afectará el estado emocional de la participante. Los beneficios para la participante serán que podrá ser informada de su estado emocional en su embarazo, para la institución será que tendrá un registro del estado mental de las participantes para tomar acciones oportunas, para la sociedad será la participación conjunta entre embarazadas, investigadores e instituciones.

**Confidencialidad:** La información de las participantes, así como los resultados obtenidos en este estudio no serán expuestos públicamente, salvo el caso de que se evidencien resultados que represente un riesgo para la salud mental de la embarazada; solo los servicios de salud serán informados para que tomen acciones tempranas para con la participante

JUAN PABLO FARFÁN DUMA



**Derechos y Opciones:** Su representado tendrá la opción de participar o no en este estudio y el derecho de retirarse cuando lo considere necesario.

Este estudio no tendrá ningún tipo de remuneración ni para la participante ni para el encuestador

**Información de Contacto:** En caso de existir inquietudes respecto al estudio contáctese con:

Juan Pablo Farfán: Celular: 0979060334 Correo Electronico:  
[juanpy\\_28122010@hotmail.com](mailto:juanpy_28122010@hotmail.com)



**ANEXO N°5**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Yo.....en calidad de representante legal he sido informado del Propósito, Riesgos/Beneficios, Confidencialidad, Derechos y Opciones con claridad por consiguiente autorizo para que se obtenga la información de mi representado.

.....

Nombre del Representante Legal

.....

Firma del Representante

.....

Juan Pablo Farfán



## **ANEXO N°6**

### **ASENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....portadora de la C.I..... una vez que mi representante legal ha otorgado el consentimiento colaborar en la obtención de la información requerida en el presente estudio.

### **ASENTIMIENTO**

Yo..... Estoy de acuerdo de ser participe en el estudio que emprenderá por consiguiente doy el asentimiento para que se realiza la investigación y estaré presta a responder a las preguntas en la encuesta a realizarse.

.....

Juan Pablo Farfán



## ANEXO N°7

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **“IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD MENTAL DE LAS ADOLESCENTES DEL DISTRITO 01D01, CUENCA 2017”**

Nosotros Juan Pablo Farfán Duma de la C.I. 0104838735, solicito su autorización para que su usted participe en el presente estudio.

**Introducción:** El aumento de madres adolescentes tiene profundas implicaciones sociodemográficas y psicológicos. La poca preparación que tiene una adolescente para enfrentar la maternidad no garantiza un núcleo familiar sano, pues su embarazo no ha sido producto de una decisión autónoma y planeada, sino del ejercicio precoz de su sexualidad. En términos generales, en Ecuador, de cada 100 partos, 23 son de adolescentes.

**Propósito:** Con el presente estudio se pretende determinar las características sociales, económicas, y psicológicas; los problemas de salud mental; el impacto social; económico y psicológico de las adolescentes embarazadas del distrito 01D01.

**Riesgos/Beneficios:** No se presenta riesgo alguno para la participante por cuanto el estudio no involucra contacto físico, así como no se afectará el estado emocional de la participante. Los beneficios para la participante serán que podrá ser informada de su estado emocional en su embarazo, para la institución será que tendrá un registro del estado mental de las participantes para tomar acciones oportunas, para la sociedad será la participación conjunta entre embarazadas, investigadores e instituciones.

**Confidencialidad:** La información de las participantes, así como los resultados obtenidos en este estudio no serán expuestos públicamente, salvo el caso de que se evidencien resultados que represente un riesgo para la salud mental de la



embarazada; solo los servicios de salud serán informados para que tomen acciones tempranas para con la participante

**Derechos y Opciones:** Usted tendrá la opción de participar o no en este estudio y el derecho de retirarse cuando lo considere necesario.

Este estudio no tendrá ningún tipo de remuneración ni para la participante ni para el encuestador

**Información de Contacto:** En caso de existir inquietudes respecto al estudio contáctese con: Priscila Juan Pablo Farfán: Celular: 0979313238 Correo Electronico: [juanpy\\_28122010@hotmail.com](mailto:juanpy_28122010@hotmail.com)



## ANEXO N°8

### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo.....he sido informado del Propósito, Riesgos/Beneficios, Confidencialidad, Derechos y Opciones con claridad por consiguiente autorizo para que se obtenga la información requerida en el presente estudio.

.....

Nombre del Participante

.....

Firma del Participante

.....

Juan Pablo Farfán