



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Título del Proyecto:

“PSICOPROFILAXIS Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE
ASISTEN AL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA,
PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2015”

Autoras:

Paulina Amparo Guaiña Saula

Liliana Narcisa Núñez Lema

Tutor:

PS. CL. Juan Pablo Mazón Naranjo MGS.

RIOBAMBA- ECUADOR

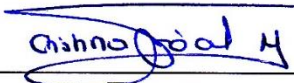
2016

REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: “PSICOPROFILAXIS Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA, PERIODO JULIO- DICIEMBRE 2015” presentado por: Paulina Amparo Guaiña Saula y Liliana Narcisa Núñez Lema y dirigida por el Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Mgs. una vez escuchado la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en la cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Ps. Cl. Cristina Procel N.
Presidenta del Tribunal


Firma

Ps. Cl. Mayra Castillo
Miembro del Tribunal


Firma

Ps. Cl. Juan Pablo Mazón N. Mgs
Miembro del Tribunal


Firma

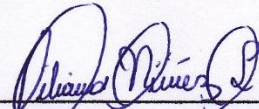
DERECHO DE AUTORÍA:

La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Paulina Amparo Guaiña Saula y Liliana Narcisca Núñez Lema y del Ps. Cl. Juan Pablo Mazón Mgs; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Paulina Amparo Guaiña Saula

0604867101



Liliana Narcisca Núñez Lema

0604549345

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la fe, sabiduría y salud para culminar con éxito esta meta. A mis padres y mi esposo quienes me brindaron su apoyo incondicional para poder concluir este trabajo a pesar de varias dificultades.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad la cual abrió y abre sus puertas a profesionales como nosotras, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Paulina Amparo Guaiña Saula

Agradezco a Dios por la vida y salud que me ha brindado hasta el día de hoy, lo cual me ha permitido lograr cumplir una de mis más añoradas metas, agradezco a mi madre y abuelita por ser una parte esencial en mi vida para seguir luchando, a la Universidad Nacional de Chimborazo y a los docentes que a partir de sus conocimientos aportaron para la formación de buenos profesionales.

Liliana Narcisa Núñez Lema

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, quien me dio la fe, sabiduría, y salud para culminar con éxito esta meta.

A mi hijo quien fue el principal motor para no rendirme y seguir adelante, a mis padres y mi esposo quienes me dieron su apoyo incondicional con el fin de que cumpla mi sueño de ser profesional.

Paulina Amparo Guaiña Saula

Dedico este trabajo a mi madre María Elena, a mi abuelita María, a mis hermanas y mi Tía Anita, quienes depositaron su confianza en mí durante toda mi trayectoria académica, brindándome ese apoyo incondicional en los momentos difíciles.

Liliana Narcisa Núñez Lema

ÍNDICE GENERAL

DERECHO DE AUTORÍA	I
AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA	III
ÍNDICE GENERAL	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
MARCO REFERENCIAL	3
1.1. El problema de investigación	4
1.2. Problematización del problema	4
1.3. Formulación del problema	6
1.4. Preguntas directrices o problemas derivados	6
1.5. Objetivos	7
1.5.1. Objetivo general	7
1.5.2. Objetivos específicos	7
1.6. Justificación	7
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes de la investigación	10
2.2. Fundamentación teórica	11
2.2.1. PSICOPROFILAXIS	12
2.2.1.1. Definiciones	12
2.2.1.2. Objetivos de la Psicoprofilaxis	12
2.2.1.3. Bases teóricas de la Psicoprofilaxis	13
2.2.1.4. Áreas que trabaja la Psicoprofilaxis	16
2.2.1.4.1. Preparación física	16
2.2.1.4.2. Preparación psicoafectiva	18
	V

2.2.1.4.3. Preparación teórica	18
2.2.1.5. Ventajas de la Psicoprofilaxis	18
2.2.1.6. Condiciones adecuadas para llevar a cabo la Psicoprofilaxis	19
2.2.1.7. Psicoprofilaxis aplicada a adolescentes embarazadas	20
2.2.1.8. Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación prenatal según el MSP	22
2.2.2. DEPRESIÓN	25
2.2.2.1. Definiciones	25
2.2.2.2. Bases teóricas de la depresión	25
2.2.2.3. Signos y síntomas de la depresión	26
2.2.2.4. Tipos de depresión	28
2.2.2.5. Tratamiento para la depresión	28
2.2.3. EMBARAZO ADOLESCENTE O EMBARAZO PRECOZ	30
2.2.3.1. Factores relacionados con el embarazo en la adolescencia	30
2.2.3.2. Depresión en adolescentes embarazadas	32
2.2.3.3. Consecuencias de la depresión durante el embarazo en adolescentes	32
2.2.3.4. Tratamiento de adolescentes embarazadas con depresión	33
2.2.4. DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA PSICOPROFILAXIS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN.	34
2.3. HIPÓTESIS	40
2.4. VARIABLES	40
2.4.1. Variable Independiente	40
2.4.2. Variable Dependiente	40
2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	40
CAPÍTULO III	45
MARCO METODOLÓGICO	45
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.1.1. Cuantitativo	46
3.1.2. No experimental	46
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
3.2.1. De campo	46

3.2.2. Descriptiva	46
3.2.3. Trasversal	46
3.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.3.1. Exploratoria	46
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	46
3.4.1. Población	46
3.4.2. Muestra	47
3.4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión	47
3.5 PROCEDIMIENTOS	47
3.5.1. Técnicas	47
3.5.2. Instrumentos	48
a) Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Anexo 1)	48
b) Cuestionario de Psicoprofilaxis (Anexo 2)	49
3.6. PROCEDIMIENTOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	49
CAPÍTULO IV	50
PROCESAMIENTO ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	50
4.1. Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)	51
4.2. Cuestionario de Psicoprofilaxis	53
4.3. Re- test-Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)	65
4.4. Comparación de los niveles de depresión	67
4.5. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	69
CAPÍTULO V	70
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
5.1. Conclusiones	71
5.2. Recomendaciones	72
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	79
ANEXO 1 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI - II)	80
ANEXO 2 CUESTIONARIO DE PSICOPROFILAXIS	85
ANEXO 3	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 “Test de los niveles de depresión”	51
Tabla 2 “¿Puede usted definir que es la Psicoprofilaxis?”	53
Tabla 3 “¿Al asistir al proceso psicoprofiláctico, considera que en usted ha disminuido síntomas como tristeza, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo?”	55
Tabla 4 “¿Luego de integrarse al proceso psicoprofiláctico su capacidad de disfrutar e interesarse más por las actividades que realiza ha aumentado?”	57
Tabla 5 “¿A partir de integrarse al proceso psicoprofiláctico su autoestima ha mejorado?”	59
Tabla 6 “¿Le afectado el hecho de que su pareja no haya participado en el proceso psicoterapéutico?”	61
Tabla 7 “¿A partir de integrarse al proceso psicoprofiláctico su estado emocional ha mejorado?”	63
Tabla 8 “Re-test de los niveles de depresión”	65
Tabla 9 “Comparativo de los niveles de depresión”	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 “Test de los niveles de depresión”	51
Gráfico 2 “¿Puede usted definir que es la Psicoprofilaxis?”	53
Gráfico 3 “¿Al asistir al proceso psicoprofiláctico, considera que en usted ha disminuido síntomas como tristeza, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo?”	55
Gráfico 4 “¿Luego de integrarse al proceso psicoprofiláctico su capacidad de disfrutar e interesarse más por las actividades que realiza ha aumentado?”	57
Gráfico 5 “¿A partir de integrarse al proceso psicoprofiláctico su autoestima ha mejorado?”	59
Gráfico 6 “¿Le afectado el hecho de que su pareja no haya participado en el proceso psicoterapéutico?”	61
Gráfico 7 “¿A partir de integrarse al proceso psicoprofiláctico su estado emocional ha mejorado?”	63
Gráfico 8 “Re-test de los niveles de depresión”	65
Gráfico 9 “Comparativo de los niveles de depresión”	67

RESUMEN

La presente investigación titulado como: “Psicoprofilaxis y depresión en adolescentes embarazadas que asisten al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, período Julio-Diciembre 2015”. El objetivo general es: Analizar si la Psicoprofilaxis reduce los niveles de depresión en adolescentes embarazadas. La población investigada fue de 70 mujeres embarazadas y la muestra se seleccionó bajo los criterios de inclusión y exclusión que constituye 20 adolescentes embarazadas que acudían al programa de Psicoprofilaxis que brinda dicha institución. Los diseños utilizados fueron cuantitativo y no experimental, el tipo de investigación empleado fue de campo, descriptivo y transversal, el nivel de la investigación aplicado fue exploratoria. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el Cuestionario de Psicoprofilaxis conjuntamente con la observación clínica. Las técnicas para el análisis de los resultados fueron realizados mediante una estadística básica en el programa Excel. Los resultados obtenidos antes de que las adolescentes inicien el proceso psicoprofiláctico fueron: un 25 % depresión mínima, 60% depresión leve y 15% depresión moderada, al finalizar el proceso disminuyó el nivel de depresión leve a un 35% y desapareció el porcentaje de depresión moderada. Al finalizar la investigación, se diseñó un plan de intervención psicológica para la Psicoprofilaxis en las adolescentes que presenta depresión; el cual tiene un enfoque cognitivo conductual, ya que a través de las técnicas y herramientas propias del mismo se logrará: modificar y eliminar a nivel cognitivo y emocional los síntomas depresivos, logrando una estabilidad en la adolescente embarazada.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research titled "Psicoprofilaxis and depression in pregnant teenagers attended in the Provincial General Hospital from Riobamba, period July-December 2015." The main objective is: To examine if Psicoprofilaxis reduces the depression levels in pregnant teenagers. The population studied was 70 pregnant teenagers and the sample was selected under the criteria of inclusion and exclusion that constitutes 20 pregnant teenagers attending the Psicoprofilaxis program that provides the hospital. The designs used were quantitative and not experimental, type of field research used was descriptive and transversal, the research level was exploratory. The techniques and instruments used for data collection were: Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Questionnaire Psicoprofilaxis conjunction with clinical observation. Techniques for the analysis of the results were performed by basic statistics in Excel. The results before the teenagers begin the process psychoprophylactic were minimal depression 25%, 60% and 15% mild depression, moderate depression, to complete the process decreased the level of mild depression to 35% and the percentage of depression disappeared moderate. At the end of the research was developed a psychological intervention plan for Psicoprofilaxis in teenager pregnant which has a cognitive behavioral approach, since through the techniques and tools of the same will be achieved to: modify and eliminate cognitive and emotional level of depressive symptoms, achieving stability in the pregnant teenager.

Reviewed by:

Lic. Mónica Castillo
ENGLISH TEACHER



INTRODUCCIÓN

La Psicoprofilaxis, se considera mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto como se consideraba al inicio, en la actualidad es reconocida como una herramienta de prevención que tiene un impacto positivo a nivel de salud mental y materna-perinatal, con la finalidad de evitar los factores de riesgo a nivel físico y psicológico del embarazo, parto y puerperio, para lo cual se necesita de un conjunto de profesionales capacitados para un trabajo en equipo, para lograr conseguir el máximo beneficio para las madres, futuros bebés y su entorno (Morales, Guibovich & Yábar, 2014).

Según Oquendo, González & Méndez (citado por Sumano & Vargas, 2014) el embarazo y el ejercicio de la maternidad es un evento en la vida de la mujer, que implica cambios en su forma de vivir, en la vida de la pareja y en la relación con las personas que la rodean. Por consiguiente, algunos autores llegan a considerarla como una crisis, ya que pone en juego su capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que reviven conflictos de fases psicológicas previas al embarazo y una evidente inestabilidad emocional entre ellas la depresión definida por (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015) como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, síntomas que pueden intensificarse y afectar en gran medida si la depresión aparece en adolescentes embarazadas que si no reciben tratamiento a tiempo puede traer consecuencias desfavorables, ya que como considera la (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2001) el embarazo en la adolescencia es un problema social y de salud pública que se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población, por lo que (Alvarado, 2012) piensa que estas situaciones trae la aparición de otros problemas debido a que generalmente son madres solteras, de hogares disfuncionales y sin apoyo social ni económico afectando su calidad de vida y la del hijo por nacer.

De esta manera la investigación se enfoca en analizar si la Psicoprofilaxis reduce los niveles de depresión en adolescentes embarazadas que asisten al HPGDR en base a la evidencia de sintomatología depresiva durante la realización de prácticas pre- profesionales.

La presente investigación está contenida de cinco capítulos:

Capítulo I: Contiene lo que es el marco referencial: la problematización, el planteamiento del problema y la formulación del problema, preguntas directrices, los objetivos que se intenta conseguir al concluir esta investigación y la justificación.

Capítulo II: Engloba el marco teórico en el que se desarrolla: los antecedentes de la investigación, la fundamentación teórica, hipótesis, variables, definición de términos básicos.

Capítulo III: Comprende el marco metodológico en el que se explica: el diseño de la investigación, tipo de investigación, nivel de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas para el procesamiento e interpretación de datos.

Capítulo IV: Abarca el análisis e interpretación de datos correspondiente.

Capítulo V: Se expone las conclusiones y recomendaciones de la investigación, se incluye la bibliografía que sirvió de sustento para la teoría así como los anexos que contiene como el Cuestionario y el reactivo psicológico.

CAPÍTULO I

MARCO

REFERENCIAL

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Durante la realización de prácticas pre-profesionales en el HPGDR, se ha evidenciado que 8 de 15 adolescentes se encuentran en período de gestación y presentan sintomatología de depresión, razón por lo que esta investigación desea analizar si la Psicoprofilaxis reduce los niveles de depresión, como menciona Yábar (2014) este programa logra despejar una serie de interrogantes, inquietudes y temores, respecto de esta nueva etapa, que por presentarse en una edad especial (de cambios- adolescencia), requiere de una atención diferenciada, con un enfoque que nos permita reconocer y trabajar en todos los aspectos asociados, tales como: si fue una gestación planificada, si existe alteraciones a nivel psicológico, estado emocional (depresión), la presencia de mayores riesgos obstétricos y perinatales asociados a conductas no saludables, desinterés en la prole, falta de control prenatal, entre otros.

1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

En Latinoamérica específicamente en los centros de salud de Perú y Colombia realizan Psicoprofilaxis en donde utilizan elementos como una preparación teórica encaminada a proporcionar la información necesaria que rompa los lazos que liga al embarazo y parto con ideas negativas y falsas, además; utilizan entrenamiento físico que es el conjunto de ejercicios suaves y seguros que capacitan al gestante a manejar su postura, movimiento, respiración relajación y dominio de sus puntos analgésicos obteniendo de esta forma una mejor participación durante el trabajo de parto y sobre todo en el período expulsivo y una preparación psicológica integrada desarrollando en la mujer la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de forma natural y positiva (Reyes, 2004).

En Ecuador, la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, ya cuenta con algunas experiencias exitosas, como en el Hospital Cayambe (Quito), donde desde el 2011, se brinda talleres de preparación prenatal integral, lo que nace de la necesidad de ofertar un servicio con calidad, además de reducir el temor de las madres respecto del proceso de parto, entre otros beneficios. Asimismo, se ha logrado importantes aportes en otros establecimientos como en Puembo, Archidona, Guayaquil, Cuenca y en Cotacachi, donde se brinda la preparación prenatal de manera individual y grupal, con enfoque prioritario de género, familiar, comunitario e intercultural, consiguiendo potenciar la atención integral de la mujer

desde la concepción hasta la etapa postnatal, incrementándose la cobertura de atención a las gestantes adolescentes, como parte de los objetivos, a partir del equipo de Obstetras como el recurso humano profesional idóneo para ser un eslabón significativo entre la población y la atención primaria, traducándose en una estrategia que contribuye con la reducción de las cesáreas y de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, constituyéndose así en un Eje de la Prevención Prenatal (MSP, 2014).

Dentro de los datos estadísticos no existe información en Chimborazo (nivel micro).

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (citado por Waysel & Martínez, 2009) consideran que la depresión es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad, alterando el ciclo normal de sueño-vigilia, la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima, afectando a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología.

La depresión puede surgir en diversos ciclos de la vida, durante el embarazo algunas mujeres consideran a los síntomas de la depresión como algo propio de la gestación, motivo por el que la mayoría no recibe ningún tratamiento, desconociendo que la misma representa el principal factor de riesgo para sufrir una depresión postparto en un 50 a 65 %, por lo que esta investigación busca determinar el nivel de depresión que surge en las adolescentes embarazadas, considerando que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad, en donde la llegada de un futuro bebé y otros factores en relación al embarazo, puede causar diversas alteraciones a nivel físico, cognitivo y emocional, que puede afectar a la adolescente y a su futuro bebé.

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión afecta a más del 15% de la población, según Bello, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano (citado por Vargas & Sumano, 2014) consideran que la prevalencia de la depresión en el embarazo es de 10 a 25 % y la de la ansiedad en un 10 %, éstas junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, menor probabilidad de lactancia materna, tristeza, mayor riesgo de disminución de potencial cognitivo, conflictos familiares, sociales, laborales, negligencia y maltrato.

En Ecuador no existen estadísticas sobre depresión en adolescentes embarazadas pero según datos oficiales del Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), el 17% de mujeres entre 15 y 17 años son madres adolescentes que tienen que atravesar por un embarazo, deben sortear una serie de dificultades como no aceptación de los padres, depresión, sentimientos de soledad, abandono de estudios y problemas económicos. (lahora.com.ec, 2012)

En el HPGDR, se ha evidenciado durante la realización de prácticas pre-profesionales que 8 de 15 adolescentes se encuentran en período de gestación, las cuales presentan sintomatología de depresión (llanto fácil, facies de tristeza, pérdida de interés en ciertas actividades, sentimientos de culpa, frustración, etc.). Esta información podemos corroborar a través de datos estadísticos proporcionados por el área de estadística del HPGDR en donde porcentajes actuales contabilizados desde el mes de Enero a Agosto del 2015, se evidencia un total de 528 adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años, 307 adolescentes gestantes acuden a su primer control mientras que 221 tienen un control continuo, presentado sintomatología depresiva, al mismo tiempo se basó en criterios emitidos por profesionales del área de salud mental que laboran en esta institución, quienes consideran que la depresión durante el embarazo y específicamente en adolescentes es una gran problemática que debe ser intervenido para poder evitar futuras consecuencias, es por ello que se decidió plantear este tema de investigación, con el fin de evidenciar la incidencia de depresión en adolescentes embarazadas y a la vez comprobar la Psicoprofilaxis en los niveles de depresión

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo la Psicoprofilaxis reduce los niveles de depresión en adolescentes embarazadas que asisten al Hospital Provincial General Docente de Riobamba?

1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

1. ¿Cómo determinar los niveles de depresión de adolescentes embarazadas?
2. ¿Cómo se asocia la Psicoprofilaxis y los niveles de Depresión en adolescentes embarazadas?

3. ¿Existe un plan de intervención psicológica de Psicoprofilaxis para adolescentes embarazadas que presenten depresión?

1.5.OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Analizar si la Psicoprofilaxis reduce los niveles de depresión en adolescentes embarazadas que asisten al Hospital Provincial General Docente de Riobamba período Julio - Diciembre 2015.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de depresión en adolescentes embarazadas.
- Asociar la Psicoprofilaxis en los niveles de depresión en adolescentes embarazadas.
- Diseñar un plan de intervención psicológica para la Psicoprofilaxis en adolescentes embarazadas que presenten depresión.

1.6. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo parte de la importancia de analizar si la Psicoprofilaxis reduce los niveles de depresión en adolescentes embarazadas, ya que a través de las técnicas tanto físicas como psicológicas que brinda la Psicoprofilaxis ayudaran a la madre adolescente a tener un menor grado de ansiedad y depresión, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva al proceso de gestación, prepararse y disminuir el temor de la labor de parto, al mismo tiempo beneficiara al bebé disminuyendo la morbilidad del recién nacido y proporcionando un mejor desarrollo psicomotor.

Durante el período de prácticas pre-profesionales en el “Hospital Provincial General Docente Riobamba” se observó la concurrencia de adolescentes que asisten a la Unidad de Atención Integral Diferenciada al Adolescente (AIDA) y a otros servicios que brinda la institución, siendo una cantidad diaria de 15 adolescentes de las cuales 8 de ellas se encontraban en período de gestación, las mismas que acudían con el fin de buscar ayuda e información, pues hay que comprender que el embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, sino también tiene una repercusión en el área personal, social y económica, dado

que implica menores oportunidades educativas, abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente e incluso puede llegar a ser uno de los factores principales de mortalidad, lo que incide en el incremento de la exclusión y contribuye al fortalecimiento del círculo de la pobreza.

Cárdenas & Cols (citado por Lanz & Romano, 2009) consideran que la adolescente embarazada debe conciliar las características correspondientes de la maternidad con las exigencias propias de su edad, en la cual se está terminando de constituir no sólo su cuerpo si no también su personalidad. Esto implica que la identidad que normalmente se construye durante la adolescencia junto con los pares, la familia, la pareja y otros actores de su vida cotidiana, sufra una transformación, y en lugar de orientarla hacia la construcción de una mujer joven y adolescente, tenga que construir una identidad culturalmente precoz de madre adolescente, lo que significa una revolución en el estilo de la relación consigo misma, con los otros, con la sociedad, lo implique una reestructuración de su proyecto de vida.

El hecho de experimentar y asumir las nuevas responsabilidades que trae consigo la llegada de un futuro bebé a su vida y otras situaciones relacionadas con respecto al embarazo, produce inestabilidad emocional (depresión) situación que si no es tratada puede desencadenar patologías futuras en el niño o en la madre sea corto o largo plazo, interfiriendo de esta manera el estilo de vida de las adolescentes.

La investigación es factible realizarla porque se cuenta con la bibliografía actualizada, autorización y colaboración de las autoridades y profesionales de salud del HPGDR, también se cuenta con los recursos económicos, materiales, el tiempo requerido y aceptación del lugar en donde se va realizar el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante la revisión bibliográfica no se encontraron referencias de investigaciones que contemplen las mismas características del presente proyecto en ejecución, por tanto se realizó una revisión de estudios similares que se relacionan con este estudio.

Yábar (2014), realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en 38 gestantes adolescentes de la consulta privada en la ciudad de Lima, se aplicó una encuesta que incluyó variables como: la asistencia un mínimo de 7 controles prenatales, asistencia a más de 6 de 8 sesiones de Psicoprofilaxis.

Los resultados obtenidos demostraron que las gestantes adolescentes que recibieron Psicoprofilaxis mostraron mayor interés y responsabilidad respecto de asistir a su control prenatal, mayor motivación, mejor vínculo afectivo prenatal y autoestima, no desarrollaron el síndrome de depresión postparto y en el aspecto físico al tener una buena respuesta con las técnicas de autoayuda, como las técnicas de respiración, relajación, posiciones antálgicas y otras que forman parte de la Psicoprofilaxis, ayudaron a controlar mejor la sensación de molestias o dolor durante el trabajo de parto.

En la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), se encontró un trabajo investigativo referente a Psicoprofilaxis realizado por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Carrera de Psicología Clínica que a nuestro criterio es importante: 1) “La Psicoprofilaxis Quirúrgica de pacientes preoperatorios del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba Junio- Septiembre 2012”. Los resultados arrojan que las técnicas de Psicoprofilaxis quirúrgica disminuyó la ansiedad en los pacientes preoperatorios del Hospital Militar de la ciudad de Riobamba.

Mientras que en base a la Depresión se encontró dos trabajos de investigación, realizado por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Carrera de Psicología Clínica que a nuestro criterio son importantes.

2) “ Causas y Efectos Psicosociales del embarazo en las adolescentes de 13 a 17 años del Instituto Tecnológico Superior Riobamba en el período lectivo 2009-2010”. Los resultados arrojan que el embarazo en adolescentes es un problema psicosocial, razón por la cual las adolescentes se sienten excluidas por sus compañeras de clases provocando así: la deserción

escolar, la mendicidad infantil, niños abandonados; empeorando la situación económica familiar y a la sociedad, causando así efectos psicológicos como: la ansiedad, depresión, inseguridad, alteraciones del sueño, culpabilidad, frustración y rebeldía.

3) “La psicoterapia cognitiva en la depresión postparto de las madres del Instituto De Ginecología y Osteoporosis de la ciudad de Riobamba período 2011-2012”. Los resultados arrojan que la triada cognitiva fue eficaz en el tratamiento de esta problemática, ya que como técnica cognitiva lo que busca en el paciente es identificar los tres puntos básicos de la misma y trabajar en ellos, ayudándose de la reestructuración cognitiva que por sí sola no tiene los resultados esperados.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El presente trabajo de investigación se fundamenta en la Psicoprofilaxis desarrollada por el Ministerio de Salud Pública, quienes desarrollaron la Norma de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal en el 2014, considerando de gran importancia para los establecimientos de salud, ya que guiará a los usuarios internos tanto de la Red Pública como de la Red Complementaria a realizar un abordaje óptimo, para hacer que cada mujer viva su gestación, parto y postparto como una experiencia natural y positiva, con la mejor calidad de vida, recibiendo una atención integral que se proyecte en múltiples beneficios para ellas, su pareja, familia, comunidad, incluso el equipo de salud. Por ello existen un conjunto de objetivos, criterios y procesos que conforman las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, para ser brindadas a la gestante y su pareja, lo cual se proyecta en un buen eje de prevención y promoción de estilos de vida saludable para la familia y comunidad (MSP, 2014).

Por otro lado la variable dependiente depresión se basa en la teoría de Aaron Beck (psicoanalista, fundador de la Terapia Cognitiva de la depresión y profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pensilvania), quien desde su aparición en los años sesenta con la teoría y terapia cognitiva se ha convertido en uno de los enfoques más aceptados para el tratamiento de la depresión.

La depresión es un estado complejo que transita con variedad de grados de severidad, cursos variables, manifestando diversidad sintomática y caracterizado por una alta reactividad a

circunstancias de la vida actual. Una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en la patogénesis de la depresión.

2.2.1. PSICOPROFILAXIS

2.2.1.1. Definiciones

La Psicoprofilaxis es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto, disminuyendo las complicaciones, y brindando la posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal y fortaleciendo la participación y rol activo del padre, forjando que sea una experiencia satisfactoria y feliz; este proceso debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética (MSP, 2014).

La Psicoprofilaxis o educación maternal es el conjunto de actividades para brindar preparación integral prenatal (teórica, física y psicológica) a la gestante, para un embarazo, parto y postparto en las mejores condiciones, sin temor, disminuyendo las complicaciones y con la posibilidad de una rápida recuperación, además de contribuir a la disminución de la mortalidad materna perinatal y conseguir que la vivencia del embarazo constituya una experiencia propia, natural y positiva (Saldaña, 2013, p.2).

Psicoprofilaxis significa “prevenir o adelantar a la mente lo que va a ocurrir” por lo tanto se define a la Psicoprofilaxis como un conjunto de actividades, métodos y técnicas, ligadas a brindar preparación a la gestante durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, con participación del padre y la familia (Aguirre, 2012).

2.2.1.2. Objetivos de la Psicoprofilaxis

El principal objetivo de la Psicoprofilaxis es preparar a la gestante y su pareja, con proyección a familia, de manera integral, es decir, física, cognitiva y psicológicamente, a través de actividades educativas, técnicas de relajación, técnicas de actividad respiratoria, ejercicios gestacionales, posiciones antálgicas, técnicas de autoayuda y estimulación prenatal, acorde a sus condiciones obstétricas, para lograr en ella conocimientos, actitudes y prácticas saludables, que permitan su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante la gestación, parto, post parto y lactancia, de esta manera mejorar su calidad de vida

y condiciones generales y obstétricas.

2.2.1.3. Bases teóricas de la Psicoprofilaxis

Estudiosos de la Antropología Social observaron que hasta finales del siglo XIX, el interés del profesional de Obstetricia giraba solo alrededor del parto como proceso fisiológico (Aguirre, 2012).

Los primeros métodos de Psicoprofilaxis, apuntaron a mitigar el dolor, sin tener en cuenta que a la mujer le ocurren muchas otras cosas durante el embarazo y el parto, desde modificaciones en el cuerpo, hasta modificaciones en su psiquismo, que son totalmente normales, pero que despiertan nuevas sensaciones y emociones que hay que saber entender, entre estos métodos tenemos:

a) Teoría de Read o parto natural (triada temor-tensión-dolor)

En 1914, el médico inglés Grantly Dick Read sostenía que el dolor en el parto no era inevitable pero que era causado en gran parte por el miedo. Para eliminar tal miedo desarrolló el concepto de parto natural, en el que se maneja la triada temor-tensión-dolor en la que la mujer embarazada siente temor al parto por información errónea continua acerca del mismo, que produce como consecuencia de ese temor tensión, angustia y preocupación, pensando en el dolor que ha de sentir.

Esta situación, asociada al temor, hace que el organismo se tense más, estableciéndose una lucha del cuerpo uterino contra el cuello del útero o cervix, el que debe dilatarse, lo que hace aparecer el verdadero dolor; se ordena así mayor defensa y por consiguiente mayor tensión, estableciéndose de esa manera el círculo descrito.

Por ello la preparación para el parto en esta teoría incluye la educación de la mujer en fisiología y anatomía de la reproducción, fisiología del parto, entrenamiento en respiración, relajación y conservación de buenas condiciones físicas

b) Método Lamaze o psicoprofiláctico

A mediados del siglo veinte Fernando Lamaze estaba usando el método psicoprofiláctico, es decir, el parto preparado, método de obstetricia. Este método substituyó las viejas respuestas

de miedo y dolor a las sensaciones de las contracciones uterinas, por nueva respiración y respuestas musculares. En él se dan instrucciones sobre anatomía y fisiología del parto, se realiza entrenamiento en técnicas de respiración, uso de un entrenador (normalmente el esposo) durante la preparación y el trabajo de parto, apoyo social y reeducación cognoscitiva, concentrándose en sensaciones diferentes a las contracciones del parto.

c) Parto sin violencia

También conocido como parto suave o método de Leboyer, en honor de su creador. En esta teoría se postula que los bebés deben nacer en cuartos pequeños, silenciosos y levemente iluminados, sin usar fórceps, sin anestesia regional y sin ligar el cordón umbilical inmediatamente.

Debería bañarse al bebé en agua tibia, colocarlo con la madre inmediatamente al nacer y permitir la presencia del padre durante el parto. Leboyer afirma que tales prácticas eliminan gran parte de los traumas del nacimiento (que se comprueban por las expresiones de terror e impotencia reflejadas en el rostro del recién nacido) y dan como resultado madres y bebés más felices.

d) Teoría de los reflejos condicionados

Parte del enunciado de su creador Pavlov, quien concluyó que la corteza cerebral era el único elemento que dirige y controla todo el funcionamiento del organismo y que no existe ningún acto, consciente o no, en el cual no sea la neurona la que ordena la acción.

Una vez se ha formado un reflejo condicionado en el cerebro, este trata de desaparecer si deja de utilizarse o bien permanece cuando está siendo reforzado permanentemente por la palabra mediante el relato de partos dolorosos.

Es necesario, entonces, crear nuevos reflejos condicionados, reflejos positivos e interesantes que hagan desaparecer en la madre el temor al parto.

La instrucción metódica a la madre, por medio de la relajación, la respiración y el pujo rígido, establecen zonas de frenado en el cerebro en tal forma que su comportamiento durante el parto será un componente positivo y tranquilo.

e) Parto instintivo

Llamado también teoría del doctor Odent, quien afirma que el parto es un hecho fisiológico normal en toda mujer, que no debe ser atendido en clínicas ni hospitales. Requiere necesariamente la presencia del esposo y se da libertad a la mujer para que adopte en el parto la posición que desee y le convenga.

A través del tiempo se han utilizado diversas posiciones para el parto; las mujeres han dado a luz en taburetes para parto, arrodilladas ayudándose con sus propias manos, en cuclillas y de pie. No empezaron a reclinarsse para el parto sino en 1738, cuando el obstetra de la reina de Francia sugirió que sería más fácil para el médico si la mujer diera a luz recostada de espaldas. Algunos critican esta posición, a pesar de ser la más usada hoy en día.

El doctor Odent defiende la posición vertical de la futura mamá para dar a luz, como la más conveniente y la que menos traumatismo produce. Utiliza también el parto en el agua para los casos en los que se demora la dilatación del cuello.

Consiste en una educación racional, física y psíquica de la mujer en las últimas semanas del embarazo, que no requiere del empleo de medicamento alguno. En los casos normales, el método " aplicado en su integridad sin drogas; pero si sobreviniera alguna complicación (hipertonía cervical, inercia uterina, etc.), se recurre a los medicamentos conocidos.

Desde los tiempos bíblicos se ha comprobado que la maternidad se presentaba acompañada de dolores. No era más que un hecho comprobado y jamás se trató de explicar en forma racional y científica la causa íntima de dichos sufrimientos. El dolor era admitido y considerado por todos como una manifestación natural, fisiológica e inevitable de la parturición. Por la aparición de los dolores la mujer diferencia las contracciones, del comienzo del parto de las del embarazo. El dolor, en el lenguaje obstétrico corriente, es considerado no solamente como una manifestación habitual del parto, sino también como una evidencia útil, ya que permite a la mujer y también en cierta medida al partero, reconocer el comienzo del trabajo y seguir su evolución. Este modo de pensar surgió de la casi constancia del carácter doloroso de la contracción uterina durante el parto. Por esta razón, muchos colegas se niegan a creer en este método, así como se negaron a creer en la posibilidad de suprimir el dolor antes del advenimiento de la anestesia. Desde hace siglos la humanidad se hace las siguientes preguntas: ¿Por qué el único ser viviente y vivíparo que

tiene sus partos con dolor es la mujer? ¿Y por qué el único hecho fisiológico doloroso del ser humano es el parto? Muchos científicos han querido dar una contestación satisfactoria a estas preguntas, pero en la práctica han sido Platónov, Velvosky, Plótichek y Chougom, discípulos de Pavlov, los primeros en abrir un horizonte lógico al explicar el dolor del parto como un reflejo condicionado. No en el sentido que el reflejo condicionado sea la única causa del dolor en el parto normal, sino porque ha llegado a ser la clave para investigaciones posteriores, por las cuales ha sido posible avanzar enormemente en este aspecto, permitiendo revisar la fisiología del parto y la fisiopatología del dolor (Saldaña, 2013, p.2-4).

El avance de la ciencia y el progreso puso en contacto con muchos conocimientos por medio de los cuales se puede entender mejor los procesos biológicos y naturales que suceden en ese período tan hermoso que es el embarazo.

En los últimos años esta situación ha cambiado ya que tanto los futuros padres y los profesionales de salud mental y obstetricia se han preocupado por abordar temas orientados a mejorar la salud materna, preparación física, psicológica y emocional para lograr la llegada de un hijo, y por adoptar una actitud positiva ante la nueva situación.

Motivo por el cual se han reorientado los objetivos de los Programas de Psicoprofilaxis Obstétrica, de acorde al nuevo modelo de atención integral en salud (MAIS) que tiene como centro a la persona en todas sus dimensiones: biológicas, físicas, social, espirituales y psicológicas. Por lo que en la actualidad la Psicoprofilaxis es el conjunto de actividades, métodos y técnicas ligadas a brindar atención integral a la mujer durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, con participación del padre y la familia (Aguirre, 2012).

2.2.1.4. Áreas que trabaja la Psicoprofilaxis

Dentro de la Psicoprofilaxis se trabaja a nivel de tres áreas que a continuación se detallara, con la finalidad de que la gestante logre adquirir un equilibrio tanto físico como psicológico.

2.2.1.4.1. Preparación física

Entrenamiento que se brinda a la gestante de acuerdo con sus condiciones generales y obstétricas para que obtenga beneficios corporales y mentales logrando una gestación, parto y recuperación en mejores condiciones.

2.2.1.4.1.1. Métodos y técnicas a utilizar

Se debe tener muy en cuenta las técnicas que se puede utilizar dentro del proceso psicoprofiláctico.

- **Técnicas de relajación:** Son las diferentes modalidades de lograr un estado de reposo tanto físico como mental en la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr alivio de tensiones o molestias y mejorar su capacidad de concentración. Las técnicas de relajación pueden ser de manera profunda o progresiva (técnica de Jacobson y Schütz), utilizadas como técnicas básicas en sofrología, para un mejor autocontrol de las molestias.
- **Técnicas de respiración:** Son las diferentes modalidades de efectuar la oxigenación pulmonar, la que a su vez mejora la oxigenación celular en la madre y el bebé, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante, con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto.
- **Calistenia:** Movimientos suaves, rítmicos y progresivos que se utilizan en especial al inicio de la preparación física de la gestante con la finalidad que logre un estiramiento natural para una mayor comodidad, elasticidad y flexibilidad durante los movimientos del entrenamiento físico.
- **Visualización:** Procedimiento mediante el cual se crea mentalmente imágenes construidas en base a la motivación y pensamientos especialmente durante la relajación, para lograr un estado emocional más agradable, placentero y reconfortante.

2.2.1.4.1.2. Métodos alternativos

- **Aromaterapia:** Es un método alternativo mediante el uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. El uso de estas esencias mediante diversos sistemas de aplicación puede restablecer el equilibrio y la armonía en la gestante, estado que beneficia al bebé.

- **Esferodinamia:** Es una modalidad de entrenamiento físico con el uso de una esfera o pelota de plástico inflada con aire, con la finalidad de facilitar algunos movimientos y posturas que faciliten la preparación física prenatal y postnatal en la madre.
- **Musicoterapia:** Es un método alternativo terapéutico mediante el uso de estructuras musicales, tonos, sonidos, melodías y otros, con la finalidad de lograr motivación, relajación, meditación y estimulación durante la sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica, logrando así un mejor estado psicofísico, optimizando el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante o puérpera y su pareja durante su preparación” (Morales, Guibovich, & Yábar, 2014, p. 56)

2.2.1.4.2. Preparación psicoafectiva

Apoyo emocional que se brinda a la gestante/pareja gestante, permitiéndole disfrutar la llegada del bebé sin temores o ideas negativas, logrando en ellos tranquilidad, seguridad y bienestar permanentes. Ayuda también en el proceso de desligar el fenómeno de temor – tensión – dolor. La preparación psicoafectiva circunscribe la Estimulación Prenatal.

Las técnicas eficaces a utilizar son las de vinculación prenatal: Acciones o dinámicas que buscan propiciar el lazo afectivo en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo o hija, para que ésta sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto.

2.2.1.4.3. Preparación teórica

Información real y oportuna que se brinda a la gestante para que conozca y entienda aspectos relacionados con su jornada obstétrica, lo cual la ayuda a tener tranquilidad y seguridad, empoderándola respecto de los cuidados de salud y generando en ella una cultura de prevención.

2.2.1.5. Ventajas de la Psicoprofilaxis

a) Ventajas de la Psicoprofilaxis en la madre

- Menor grado de ansiedad y depresión en la madre, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad.
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, y demás técnicas de autoayuda.

- Menor uso de fármacos en general.
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
- Manifestará menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias.
- Mejor vínculo afectivo con el bebé, pudiéndolo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y positivos, sin perjuicio del bebé, ni especulaciones técnicas respecto de la estimulación.
- Menor riesgo de un parto instrumentado.
- Menor riesgo a tener depresión postparto.

b) Ventajas de la Psicoprofilaxis en el futuro Bebé

- Mejor Vínculo Prenatal.
- Enfoque adecuado sobre la estimulación intrauterina.
- Índice de sufrimiento fetal.
- índice de complicaciones perinatales.
- Índice de prematuridad.
- Mejor peso al nacer.
- Mayor éxito con la lactancia materna.
- Mejor crecimiento y desarrollo.

2.2.1.6. Condiciones adecuadas para llevar a cabo la Psicoprofilaxis

Para desarrollar las actividades de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal se deberá disponer de los siguientes recursos:

Materiales básicos.- Son materiales que no deben faltar en las Unidades de Salud, quienes deberán realizar las adquisiciones anuales. La cantidad de materiales dependerá de la demanda de gestantes que la Unidad de Salud tenga.

Materiales opcionales.- Son materiales que de ser posible deberán adquirir las Unidades de Salud, caso contrario se solicitará a cada gestante que adquiera dicho material, además de otros materiales que se requiera (MSP, 2014, p. 27)

Buena iluminación: natural o artificial, con intensidad manejable de acuerdo con el momento de la sesión.

Buena ventilación: la cual puede ser natural. En temporada de mucho frío se sugiere airear la sala antes de iniciar la sesión, luego se puede mantener las ventanas juntas o cerradas.

Espacio suficiente: de acuerdo con la cantidad de gestantes.

Privacidad: El ambiente destinado para desarrollar las sesiones de Psicoprofilaxis no debería estar a la vista del público. Es recomendable que sea de uso exclusivo para las sesiones prenatales. No es prudente realizar las actividades de Psicoprofilaxis en áreas de circulación general, como las salas de espera, que no califican para estas actividades.

2.2.1.7. Psicoprofilaxis aplicada a adolescentes embarazadas

La Psicoprofilaxis, como parte de la atención prenatal, logra despejar una serie de interrogantes, inquietudes y temores, respecto de esta nueva etapa, que por presentarse en una edad especial (de cambios), requiere de una atención diferenciada con un enfoque que nos permita reconocer todos los aspectos asociados, tales como: si fue una gestación planificada, si hubo o no pensamiento respecto del aborto, la presencia de mayores riesgos obstétricos y perinatales asociados a conductas no saludables, desinterés en la prole, falta de control prenatal, entre otros.

Asimismo, la posibilidad de no contar con la pareja, el riesgo de no concluir los estudios o la necesidad de trabajar, y la baja autoestima, son aspectos muy asociados a la gestación en la adolescencia.

Con frecuencia, observamos una serie de emociones intensas que influyen en su reacción y expectativas respecto a la llegada de un bebé, tales como: la falta de menstruación, con o sin deseo de la maternidad, el test del embarazo positivo, emociones fluctuantes, diversos pensamientos sobre el embarazo, la comunicación con la pareja, la primera ecografía, las primeras sensaciones de los movimientos fetales, las primeras contracciones uterinas, el internamiento antes del nacimiento, el primer contacto físico con el bebé, la primera mirada mamá y bebé y el primer contacto del bebé con el pecho.

Sin embargo, a través de la Psicoprofilaxis, que le brinda una preparación integral al incluir: información, entrenamiento físico y soporte psicoafectivo, la gestante adolescente puede lograr motivación, tranquilidad y expectativas positivas, lo cual se traduce en una palabra clave que es la seguridad, y ésta a su vez, significa la posibilidad de aceptar y llevar la experiencia de la maternidad de manera natural y positiva, incentivándola a participar activamente en todo el proceso, desarrollando su autoestima, motivando su autocuidado y la identificación oportuna de signos de alarma, prevenir riesgos y complicaciones a través de hábitos y estilo de vida saludable, consiguiendo su adaptación a los cambios, y disminuyendo la sintomatología de depresión, ansiedad y temor respecto al embarazo y parto.

Si bien la Psicoprofilaxis considera en sus contenidos, información, entrenamiento físico y preparación psicológica, las sesiones con gestantes adolescentes, para que tengan mejor aceptación y resultados, debe caracterizarse a través de talleres participativos, con mucha actividad dinámica para motivar la asistencia y permanencia en el programa, sin modificar los objetivos y la labor asistencial de la Psicoprofilaxis.

Asimismo, es importante contestar a todas sus interrogantes, utilizando un lenguaje muy coloquial, acorde con su argot característico e incorporando ejemplo o uso de analogías sencillas y didácticas para facilitar su comprensión y motivación; el número de sesiones será de acuerdo a la evolución y necesidades de las participantes, y de preferencia debería ser exclusivamente con gestantes de su misma condición adolescente.

Al fomentar la participación de la pareja al proceso psicoprofiláctico e incluso el acompañamiento en el parto, se logra estrechar más el vínculo afectivo prenatal, lo cual facilita el proceso de motivación, aceptación, acogida y afecto hacia el bebé, incluso en los casos de negación o rechazo, lo cual se debe desarrollar en las sesiones y talleres dinámicos, para trabajar la vinculación afectiva con el bebé, el padre y/o la familia, permitiendo una mayor aceptación del embarazo. Por lo tanto, el apoyo psicoafectivo se considera uno de los pilares importantes sobre los que descansa la Psicoprofilaxis en adolescentes, y la seguridad, junto con los talleres de autoestima, aportan positivamente a este fin.

Es notorio que cuando la madre va recuperando su autoestima y se empodera de su salud, es consciente de lo importante que es internalizar un estilo de vida saludable, lo cual permite que valore y sea responsable de hacer su control prenatal, esto se logra con el esfuerzo desplegado en las sesiones de Psicoprofilaxis, informándoles y sensibilizándolas para que tengan presente lo importante de contar con su control prenatal puntual (Yábar, 2014).

2.2.1.8. Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal según el MSP

El siguiente plan de intervención fue desarrollado por el MSP en el 2014, como norma de atención integral en beneficio de las mujeres gestante, protocolo que está distribuido en 6 sesiones a continuación la descripción de cada una de ellas:

I Sesión

Cambios durante el embarazo y signos de alarma

Objetivos

- Motivar, integrar el grupo e informar sobre la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal y sus beneficios.
- Enseñar a reconocer la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que experimenta durante el embarazo.
- Enseñar a reconocer los signos de alarma y la forma de enfrentarlos con serenidad y prudencia.
- Entrenar en gimnasia de ablandamiento

II Sesión

Atención prenatal

Objetivos

- Explicar la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación y apoyo activo de la familia y comunidad

- Identificar y aclarar dudas, mitos, creencias e ideas pre concebidas relacionados a la gestación, parto, post parto y sobre el nacimiento y crianza de su hijo.
- Reforzar en la gestante en el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma.

III Sesión

Fisiología del trabajo de parto

Objetivos

- Enseñar a la gestante a identificar las contracciones uterinas, cómo diferenciarlas de otros cambios y cómo responder ante su presencia.
- Explicar la diferencia entre molestias, dolores y temores.
- Explicar cuáles son los signos y señales de inicio de labor de parto y en qué momento acudir a la maternidad.
- Explicar el proceso, mecanismo y beneficios del parto fisiológico
- Enseñarles a llevar el control de las contracciones uterinas (partograma para padres).
- Informar sobre la importancia del apego precoz piel a piel de la madre y el recién nacido y el rol de la pareja y la familia.
- Ejercitar a la gestante con técnicas y/o estrategias para controlar y disminuir el dolor en el parto.

IV Sesión

Atención del parto y contacto precoz

Objetivos

- Enseñar a las gestantes sobre el parto y sus períodos.

- Informar acerca de los tipos y posturas del parto con adecuación intercultural y atención humanizada.
- Preparar a las gestantes para el parto y sus períodos mediante técnicas de relajación y respiración.

V Sesión

Puerperio y recién nacido

Objetivos

- Enseñar a la gestante, su pareja y familia como reconocer los signos de alarma y sobre los cuidados durante el puerperio.
- Enseñar a la gestante, pareja y familia sobre los cuidados del recién nacido y signos de alarma.
- Entrenar a la gestante, pareja y familia sobre su rol después del parto.
- Informar sobre planificación familiar.
- Educar a la gestante y su pareja sobre el apego precoz y la lactancia materna exclusiva y exitosa.

VI Sesión

Adaptación de la gestante al medio donde va a realizar su parto

Objetivos

- Enseñar a la gestante los ambientes y el personal que labora en el establecimiento de salud para que se familiarice.
- Evaluar el proceso de enseñanza- aprendizaje de las sesiones.
- Preparar el maletín básico para llevar al momento del parto.
- Clausura del programa.

2.2.2. DEPRESIÓN

2.2.2.1. Definiciones

Según Beck (citado por Baringoltz, 2007) la depresión es una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, por lo tanto las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas por la forma en que el depresivo percibe la realidad.

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces placenteras, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica (MSP del Gobierno de Chile, 2013, p.8).

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes de los seres humanos, de hecho la depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más peligro de mortalidad debido a las conductas suicidas (Vázquez & Sanz, 1995).

2.2.2.2. Bases teóricas de la depresión

Los intentos más remotos de comprender “científicamente” la depresión se deben a Hipócrates (siglo IV antes de Cristo.), quien emplea el término genérico de «melancolía» para dar cuenta de estos estados de abatimiento, inhibición y tristeza que, por cierto, su coetáneo Aristóteles, Siglo IV antes de Cristo va a recoger en algunos escritos para relacionarlos con personas especialmente sensibles e inteligentes. Para Hipócrates, la melancolía se debe a desequilibrios en la secreción de bilis negra o bien a una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos; de hecho el término proviene del griego *melaina chole* (bilis negra). Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservará prácticamente intacta en la medicina occidental hasta el Siglo XIX. Aunque el término melancolía era la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra «depresión» se comienza a utilizar con frecuencia durante el Siglo XIX y ya a principios

del Siglo XX se emplea como término diagnóstico con bastante asiduidad.

El cambio conceptual fundamental lo proporciona el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo pasado. En la sexta edición de su influyente manual de Psiquiatría (1896), diferenció la demencia precoz (llamada esquizofrenia poco después por Bleuler) de la enfermedad maníaco depresiva. Estas dos enfermedades básicas se diferenciarían por su historia familiar, su curso, y su gravedad Perris (citado por Vázquez & Sanz, 1995) piensa que los maníaco-depresivos tendrían una mayor historia de antecedentes de enfermedad, menor gravedad, y un curso menos crónico que el de las personas con esquizofrenia. Sin embargo, el término “maníaco-depresivo” de Kraepelin incluía cuadros que hoy denominaríamos depresión mayor, distimia, trastorno bipolar, o ciclotimia. En palabras del propio autor, se incluían «todos los casos de excesos en la afectividad». Era, por lo tanto, un concepto enormemente amplio y desde poco después de su publicación recibió críticas por parte de Adolf Meyer (uno de los pioneros de la psiquiatra americana) e incluso por compatriotas del propio Kraepelin como Karl Jaspers (Vázquez & Sanz, 1995).

2.2.2.3. Signos y síntomas de la depresión

Whybrow (citado por Vázquez & Sanz, 1995) considera que el cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuó, también puede variar su gravedad en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio, pero en general cualquier persona deprimida es muy probable que presente un conjunto de signos y síntomas (o síndrome depresivo) que se pueden reducir a cinco grandes núcleos:

a) Síntomas anímicos. La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes. Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre, o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo, incluso en casos de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con

aparente inmutabilidad que ahora es “incapaz de tener ningún sentimiento”; en estos casos graves es normal que los pacientes digan que ya les es prácticamente imposible llorar.

b) Síntomas motivacionales y conductuales. Klerman (citado por Vázquez & Sanz, 1995) considera que uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se hallan. En efecto, la apatía, la indiferencia, y, en definitiva, la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y en muchos casos se abandonan los estudios, el trabajo, tomar decisiones cotidianas (ejm. decidir la ropa para vestirse) puede convertirse también en una tarea casi insalvable.

En su forma más grave este tipo de inhibición conductual puede llegar al “retardo psicomotor”, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional casi absoluta. En casos extremos este retardo puede llegar al "estupor depresivo", un estado caracterizado por un mutismo y parálisis motora casi totales, y muy similar al estupor catatónico

c) Síntomas cognitivos. El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado la memoria, la atención, y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. Pero, aparte de estos déficits formales, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado (Vázquez & Sanz, 1995).

d) Síntomas físicos Vázquez & Sanz (1995) consideran que la aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico, que afecta a un 70%-80% de los pacientes depresivos, son los problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche, o despertar precoz) si bien en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnía. Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito, y una disminución de la actividad y el deseo sexual que en los hombres puede incluso acompañarse con dificultades en la erección. Asimismo, los

deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.).

e) Síntomas interpersonales. Beck (citado por Vázquez & Sanz, 1995) considera que una área descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión es el de los aspectos interpersonales. Una de las principales características de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho un 70% dice haber disminuido su interés por la gente. Klerman y Weissman (citado por Vázquez & Sanz, 1995) piensan que las personas deprimidas sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reaccúa aislándoles aún más. Esta área puede ser foco de interés en el futuro puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un posible buen predictor de un peor curso de la depresión (Vázquez & Sanz, 1995).

2.2.2.4 Tipos de depresión

Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) plantea los siguientes niveles de gravedad:

- **Ligero.** Para cuadros en los que existan pocos síntomas más que los mínimos requeridos para el diagnóstico y el deterioro laboral o social existe pero es pequeño.
- **Moderado.** Deterioro socio-laboral moderado.
- **Grave.** Presencia de bastantes síntomas más de los mínimos requeridos y además existencia de un deterioro marcado ocupacional, social, o interpersonal (Vázquez & Sanz, 1995).

2.2.2.5. Tratamiento para la depresión

El tratamiento conductual de la depresión está orientado a cambiar las contingencias que mantienen el estado de ánimo depresivo; pues es frecuente que el paciente no reciba reforzamiento ambiental ni por las tareas que lleva a cabo ni en sus relaciones interpersonales. Comúnmente, el paciente no siente deseos de llevar a cabo actividades por lo cual se establecen objetivos pequeños al principio que se transforman progresivamente en otros de mayor complejidad. Los procedimientos conductuales más utilizados incluyen:

- Programación y ejecución de actividades graduales.

- Reforzamiento de las pequeñas acciones realizadas.
- Entrenamiento en resolución de problemas.
- Aprendizaje de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes.

A medida que el paciente percibe que tiene dominio de las actividades que realiza y que disfruta de las mismas, va recuperando la confianza en sí mismo. De este modo, se anima a llevar a cabo tareas que hace tiempo había abandonado tales como el ejercicio físico, hobbies, estudios, etc.

El tratamiento cognitivo de la depresión tiene como objetivo la reestructuración de los pensamientos distorsionados que generan malestar en el paciente. El terapeuta enseña al paciente a reemplazarlos por otros más realistas y positivos.

2.2.4.1. Hábitos que ayudan a reducir la depresión

- Realizar actividades constructivas. La acción permite reducir la depresión. Muchos pacientes no hacen determinadas tareas porque dicen “no tener ganas”. Es un círculo vicioso: cuanto menos hacen, más se deprimen y menos deseos tendrán de iniciar actividades.
- Confeccione una lista de actividades diarias desde el inicio del día hasta la noche. En la depresión incluso las pequeñas tareas se perciben como si fuesen enormes y arduas.
- Divida las actividades complejas en pasos pequeños.
- No espere sentir ganas de actuar para empezar a hacerlo. La acción debe preceder a la motivación.
- Realice actividad física de modo constante / practique hábitos de salud.
- El ejercicio físico mejora el estado de ánimo y favorece la relajación. No se imponga metas demasiado exigentes al principio. Comience el primer día con ejercicios livianos y aumente gradualmente el tiempo que ejercita.
- Practique actividades placenteras.
- Programe su tiempo para hobbies, actividades de tiempo libre y contacto con la naturaleza.
- Capacítese en disciplinas que desearía conocer.
- Evite el aislamiento

- Reúnase con amigos, practique vida social. El apoyo social reduce el estrés y la depresión (Dahab, Rivadeneira & Minici, 2002, p. 2-5)

2.2.4.2. Fármacos

En nuestro país la Fluoxetina está aprobada para el tratamiento de la depresión con o sin ansiedad y del trastorno obsesivo compulsivo en adultos y niños desde los 7 años de edad, mientras que el escitalopram no está autorizado para uso en niños.

2.2.3. EMBARAZO ADOLESCENTE O EMBARAZO PRECOZ

Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia (OMS, 2013).

2.2.3.1. Factores relacionados con el embarazo en la adolescencia

La presencia de un embarazo en la adolescencia generalmente se da por el inicio temprano de la sexualidad, el no uso de métodos anticonceptivos, falta de información sexual, bajo nivel de expectativas, sentimiento de soledad, rechazo, baja autoestima, desvalorización femenina, etc.

A veces las mujeres adolescentes tienen grandes vacíos dentro, y tienen la fantasía de que el hijo o hija lo van a llenar, ya que puede llegar a haber una gran satisfacción afectiva y puede existir también la fantasía de que el hijo e hija les dará un valor como mujeres. La adolescente inconscientemente está buscando a partir de este hecho satisfacer sus necesidades afectivas. El miedo a estar sola es una causa principal para que la adolescente esté vulnerable a tener un embarazo precoz. Ya que la adolescente se siente sola y por tal motivo busca sentirse estimada e importante para alguien.

Otro aspecto de origen psicológico es la posibilidad de sentirse adulta debido a que la adolescente tiene la necesidad de sentirse grande, ser estimada, respetada y desempeñar un papel de adulta que probablemente le va a dar un reconocimiento dentro de la sociedad y ella cree que el rol materno le va a dar ese reconocimiento.

La carencia de afecto es otro punto importante ya que la adolescente tiene la necesidad de ser amada, respetada, de dar amor y recibir el afecto que en su familia no le brindan debido a que vive dentro de una familia disfuncional e inestable donde existe la ausencia física y

emocional de alguna de las Figuras Parentales y donde en ocasiones ambos padres son personas pasivas, poco afectivas y con debilidad de autoridad moral.

La necesidad de reafirmarse como hombres o mujeres es otra causa del embarazo en la adolescencia, aquí la adolescente busca una identificación femenina teniendo la idea de que la maternidad le reafirma el ser mujer, es decir que reafirma su feminidad.

La relación y comunicación inadecuada con los padres es otro aspecto importante que influye en la adolescente para presentar un embarazo debido a que dentro del núcleo familiar hay inestabilidad emocional, violencia familiar, conflictos entre los padres, separación de los padres, escasa comunicación con los hijos (as) y falta de expresión de sentimientos y afecto así como también de la percepción de la sexualidad como un tema tabú.

La búsqueda de independencia de alguna manera orilla a la adolescente a buscar el camino hacia su independencia a partir de una separación simbólica con su familia para sentirse libre. Por esta situación en la etapa adolescencia para la adolescente será de mayor importancia su relación de noviazgo y probablemente dentro de ella pueda llegar a haber presencia de un embarazo.

En la curiosidad sexual, el “despertar sexual” y la sexualidad genital, la adolescente descubre el placer sexual y el interés por el sexo opuesto y puede existir la posibilidad de una relación sexual que traerá como consecuencia un embarazo no deseado.

Por otra parte un embarazo en edad temprana puede existir si hay presencia de embarazos premaritales en hermanas y/o madres, en donde la madre tuvo una historia de embarazo adolescente o donde una hermana se embarazó cuando era adolescente.

Una de las principales consecuencias que genera en la adolescente un embarazo es un sentimiento de minusvalía y baja autoestima. A partir de este evento la adolescente se siente insegura, desvalorizada, angustiada, temerosa, con culpa, rechazada, tiene bajas aspiraciones en la vida y emocionalmente se encuentra afectada por varias situaciones que puede traer como consecuencia depresión o suicidio, entre dichas situaciones encontramos:

- **Familia:** Los padres ven como una desgracia el embarazo de su hija soltera y no le brindan apoyo.
- **Novio-Pareja:** No le brinda apoyo y protección porque no está preparado al igual que ella para ser padre.
- **Compañeros (as):** Ven a la adolescente como una carga para el trabajo escolar.

- **Sociedad:** Señala y estigmatiza a la adolescente por el hecho de ser madre a una edad que no le corresponde serlo (Nava, 2009).

2.2.3.2. Depresión en adolescentes embarazadas

Vázquez, Bocanegra, Eslava & Carrillo (citado por Ceballos, Suárez, Arenas & Salcedo, 2013) considera que la gestación en estos casos ocurre en un momento en el cual la joven no está preparada biológica ni psicológicamente, genera tensión pues la capacidad biológica y psicológica de la joven se ve fuertemente exigida, más aún si se presenta falta de apoyo social, familiar, problemas de pareja, complicaciones del embarazo, situaciones estresantes antecedentes personales o familiares de depresión, ocasionando en la adolescente desesperación, miedo, dolor, culpa, ira, pena, angustia, propiciando la aparición de síntomas depresivos o la depresión como trastorno del estado del ánimo. Cuando ésta es prolongada y aguda se acompaña de ideaciones suicidas, en algunos casos se registra la consumación del acto, denotando que existe una relación entre estas dos variables.

Chávez & González (citado por Ceballos, Suárez, Arenas & Salcedo, 2013) piensa que cuando la depresión es persistente, prolongada y aguda se presenta acompañada de ideaciones suicidas, que en algunas ocasiones conllevan a la conducta autodestructiva, por lo que se convierte en un síndrome a considerar no solo en la población gestante sino en general (Ceballos et al., 2013).

2.2.3.3. Consecuencias de la depresión durante el embarazo en adolescentes

Considerando que la depresión es una condición que afecta cuerpo y mente, el bebé podría verse afectado porque la madre está más propensa a tener un cuidado prenatal inapropiado, no sube el peso necesario, tiene malos hábitos alimenticios, se automedica, etc. Todo lo anterior, puede provocar que el bebé se desarrolle más lento, tenga bajo peso o nazca prematuro, por lo que es de suma importancia de tratar la depresión (Wormald & Carvajal, 2007).

La adolescente embarazada está en una etapa en la que se produce un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad, que en principio merma esos deseos. Igualmente, pueden surgir dudas sobre

la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido precisa, por lo que hay una mayor predisposición para que haya estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión postparto (GÓMEA, 2007).

La depresión postparto puede comenzar en cualquier momento dentro del primer año de haber dado a luz. La causa se desconoce pero puede ser que los cambios hormonales y físicos después del parto y el estrés de cuidar a un bebé jueguen un papel importante. Las mujeres que ya sufrían de depresión, presentan un riesgo mayor.

Los síntomas de la depresión postparto duran más tiempo y son más graves. La nueva mamá puede sentirse desesperanzada e inútil y puede perder interés por el bebé. También, puede sentir deseos de lastimarse o lastimar a su hijo recién nacido. Muy pocas veces, estas nuevas mamás desarrollan algo más serio como alucinaciones o tratan de hacerse daño o hacer daño a su bebé (Medlineplus, 2015).

2.2.3.4. Tratamiento de adolescentes embarazadas con depresión

Dados los riesgos de la utilización de psicofármacos durante el embarazo, tales como el uso de inhibidores de recaptación de serotonina, relacionado con hipertensión pulmonar primaria, embarazo de pre- término, o secuelas neuroconductuales, se sostiene que lo óptimo es mantener a la paciente sin medicamentos. Sin embargo esto no es siempre posible, ya que una descompensación psiquiátrica durante el embarazo aumenta el riesgo, no sólo para la madre, sino de complicaciones obstétricas, tales como preeclampsia, anormalidades placentarias, bajo peso al nacer y sufrimiento fetal.

Al igual que en mujeres adultas, la depresión en la adolescente embarazada debe tratarse activamente, preferentemente con intervenciones psicosociales. Se aplican las precauciones generales con respecto a los efectos potenciales del antidepresivo en el desarrollo fetal propios de la embarazada adulta (MSP del Gobierno de Chile, 2013, p. 43, 70,71).

2.2.4. DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA PSICOPROFILAXIS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN.

El siguiente plan de intervención se basa en la Norma Ética de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal la misma que se utilizó para el área física, mientras que en el aspecto psicológico se diseñó un plan de intervención de acuerdo a las necesidades basadas en los resultados obtenidos de la investigación, evidenciando que el trabajo que realizaron en área psicológica, logra disminuir los niveles de depresión que causa el impacto de un embarazo en la adolescencia. Este plan está distribuido en 12 sesiones, debido a que en la adolescencia es una etapa vulnerable por lo cual se necesita mayor atención para lograr una estabilidad Bio-Psico-Social, a continuación se dará la descripción de cada una de ellas:

Sesión I

Objetivo

- Promocionar el proyecto de Psicoprofilaxis

Actividades

- **Dinámica de presentación:**

La madeja de lana: Se colocan todas las personas en círculo y el guía toma una madeja de lana y cuenta cómo se llama, qué hace, sus pasatiempos, etc. Cuando termina, le tira la madeja de lana a cualquier persona que quiera, pero sin soltar la punta. Luego los demás hacen lo mismo, tiran la madeja sujetándola de una punta y se va creando una especie de tela de araña. Lo ideal es que después se pueda desenredar (UNICEF).

- **Establecimiento de rapport y empatía:** son elementos necesarios para que exista una buena interacción y colaboración durante el proceso entre el profesional y las adolescentes.

Sesión II

Objetivos

- Motivar e integrar al grupo de gestantes.
- Realizar feedback
- Informar sobre los beneficios de la Psicoprofilaxis
- Determinar el nivel de conocimientos y expectativas.

Actividades

- **Recepción y bienvenida de las adolescentes gestantes.**
- **Dinámica de inicio:**

Avisos clasificados: Cada cual recibe una hoja en blanco. Debe escribir un aviso clasificado como los del diario, ofreciéndose según sus mejores cualidades. Se ponen los avisos en la pared para que los participantes los pueden leer. Al final, se puede hacer una ronda de conversación en que cada uno cuente qué aviso le llamó la atención y puede hacer alguna pregunta al que lo escribió (UNICEF).

- **Teoría del proceso psicoprofiláctico:** Dentro del mismo se brindara información sobre el programa de Psicoprofilaxis y sus beneficios, basado en la Norma de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal del MSP en el 2014.

Sesión III

Objetivo

- Identificar las distorsiones cognitivas.
- Descondicionar a la gestante de sus temores sobre el embarazo, parto y puerperio.

Actividades

- **Lluvia de ideas sobre el tema: “Mitos y tabús del embarazo y parto”**

Durante el desarrollo del tema a nivel cognitivo se trabajara la técnica de ABC de Ellis y

habilidades sociales (Asertividad), proporcionando como la técnica solución de problemas. Al finalizar la sesión se solicitara como tarea para la casa que realice una lista de actividades que a las adolescentes le resulte agradable y una lista de actividades de dominio y agrado, con la finalidad de mantener activa esta área, actividades que se trabajara según la terapia cognitiva para la depresión según Beck (citado por Roca).

- **Banco de preguntas- aclarar dudas del tema.**

Sesión IV

Objetivos

- Proporcionar a la gestante conocimientos básicos sobre el desarrollo embrionario y fetal.
- Conocer los cambios físicos que experimentará durante el embarazo.
- Conocer la importancia de estimular a su bebé.

Actividades

Taller del desarrollo embrionario y fetal: Información obtenida del Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica según Aguirre en el 2012.

- **Proyección de video sobre el tema antes mencionado.**

Sesión V

Objetivo

- Preparación física para la maternidad.

Actividades

- **Gimnasia gestacional:** Posiciones antálgicas y Posiciones aconsejables para la adolescente con la finalidad de prevenir y reducir dificultades, incomodidades o perjuicios durante la evolución de su gestación y parto.
- **Tipos de respiración:** Técnica de Shultz, obtenidas de la Norma de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal del MSP en el 2014.

Sesión VI

Objetivo

Identificación de cambios emocionales que se producen durante el embarazo.

Actividades

- **Dinámicas para iniciar la actividad:**

El espejo: En dos filas al frente, cada persona observa a su pareja de pies a cabeza. Primero de frente, luego de perfil y de espaldas. Uno de ellos será el espejo y el otro hará ante él una serie de movimientos o acciones cotidianas. Al comienzo, que sean movimientos lentos, suaves y progresivamente aumentan en velocidad y energía. Después de un momento cambian de roles. Los participantes también pueden realizar con su pareja espejo, una serie de roles sociales en diferentes situaciones (UNICEF).

- **Teoría sobre los cambios emocionales que se producen durante el embarazo:** en el cual se proporciona técnicas cognitivas conductuales propicias para estabilizar su estado emocional según la terapia cognitiva para la depresión según Beck (citado por Roca).

Sesión VII

Objetivos

- Preparación física para la maternidad.
- Aumentar la sensación de bienestar.
- Disminuir los niveles de depresión.

Actividades

- Ejercicios de calentamiento
- Bailoterapia
- Ejercicio de respiración (Jacobson), relajación y estiramiento.

Técnicas obtenidas la Norma de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal del MSP en el 2014.

- **Técnicas a nivel emocional:** exposición a emociones indeseables, Aceptación incondicional a nivel cognitivo, verbal, emocional y conductual para facilitar la autoaceptación incondicional de la adolescente frente a nuevas responsabilidades, además se trabajara en la asignación de tareas graduales ayudándose de la práctica imaginada, todas dichas actividades se realizaran según la terapia cognitiva para la depresión según Beck (citado por Roca).

Sesión VIII

Objetivos

- Fortalecer el vínculo materno.
- Proporcionar seguridad a la madre sobre el embarazo.

Actividades

- Taller de vínculo materno (madre-feto).
- Sociodrama sobre el vínculo materno.
- **Técnicas para fomentar o mejorar el vínculo materno**
 - ❖ Técnicas auditivas: por la voz, sonidos y la música.
 - ❖ Técnicas táctiles: masajes.
 - ❖ Técnicas visuales: Con luz natural y artificial.

Técnicas proporcionadas en el Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica según Aguirre en el 2012.

Sesión IX

Objetivos

- Preparación física para la maternidad.
- Preparación para el momento del parto.

Actividades

- **Ejercicios de calentamiento**
 - ❖ Ejercicios de periné con apoyo (silla o pareja).
 - ❖ Ejercicios de estiramiento lateral de columna.
 - ❖ Ejercicios de estiramiento (postura del gato).
 - ❖ Relajación y visualización en Decúbito Lateral Izquierdo.

Estas actividades se desarrollaran en base a la Norma de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal del MSP en el 2014.

Sesión X

Objetivo

Psicoeducación en asignación de roles y afrontamiento de responsabilidades.

Actividades

- Taller: “Aprendiendo a ser padres” esta información se va a trabajar mediante el manual aprendiendo a ser padres de (Genís, Durán, Tébar, Ochando, Martí, Bueno, Pin & Cubel).

Sesión XI

Objetivos

- Psicoeducación en los cuidados, signos de alarma del puerperio, lactancia materna, cuidados básicos del recién nacido, familiarizar a la gestante con los ambientes hospitalarios y personal que labora en él.

Actividades

- Teoría sobre la Fisiología del trabajo de parto: período de dilatación, expulsivo, alumbramiento. Tipos de respiraciones que debe aplicar en cada período.
- Técnica de pujo. Beneficios del parto vaginal.
- Ejercicios de respiración durante el expulsivo.

Estas actividades se desarrollaran en base a la Norma de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal del MSP en el 2014.

Sesión XII

Objetivos

- Vincular a la pareja en el embarazo.

- Lograr una actitud positiva y consistente en las adolescentes embarazadas y sus parejas en relación a la gestación y paternidad.

Actividades

- Ejercicios físicos y de relajación en pareja.
- Sociodrama de la nueva etapa familiar.
- Foro sobre tema principales de la paternidad.
- Dinámicas de vinculación entre el grupo.
- Cierre del programa de Psicoprofilaxis.

Técnicas proporcionadas del Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica según Aguirre en el 2012.

2.3. HIPÓTESIS

La Psicoprofilaxis reduce los niveles de depresión en adolescentes embarazadas que asisten al Hospital Provincial General Docente De Riobamba, período Julio-Diciembre 2015.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variable Independiente

- Psicoprofilaxis

2.4.2. Variable Dependiente

- Depresión

2.5.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Los siguientes términos fueron sacados de distintas páginas web, que permitieron definir con mayor precisión, claridad y confiabilidad, los distintos términos desconocidos en la investigación.

A continuación se describirá cada uno de ellos con su respectiva fuente:

Apego: Es la relación y vínculo afectivo estrecho que desarrolla el niño o niña con sus padres, lo cual influirá en su seguridad emocional, necesarios para un buen desarrollo de su personalidad (Morales, Guibovich & Yábar, 2014).

Argot: es el lenguaje específico utilizado por un grupo de personas que comparten unas características comunes por su categoría social, profesión, procedencia, o aficiones (Wikipedia, Fundación Wikimedia, Inc., 2015).

Asiduidad: Este vocabulario hace como referencia con frecuencia, continuidad, hábito, reiteración, persistencia, puntualidad, costumbre, perseverancia, asistencia, constancia y aplicación constante de algo (WordPress.org, s.f.).

Coetáneo: Que coincide en un mismo tiempo con otra cosa: hechos coetáneos, contemporáneo (Diccionario Manual de la Lengua Española, thefreedictionary, 2007).

Congoja: Sufrimiento y preocupación intensos provocados por un peligro o amenaza (Diccionario Manual de la Lengua Española, thefreedictionary, 2007).

Estimulación intrauterina: Es el uso de procesos, métodos, instrumentos y/o técnicas diversas con la finalidad de lograr una respuesta real y objetiva en el embrión/feto. Clínicamente la EIU es empleada con fines diagnósticos. Ejemplo: estimulación vibro acústica para facilitar pruebas de bienestar fetal (Morales, Guibovich & Yábar, 2014).

Escitalopram: es un medicamento antidepresivo. Actúa como inhibidor de la recaptación de serotonina, por lo que está emparentado con otros fármacos de este grupo con los que comparte muchas características, como la fluoxetina y la paroxetina. Se utiliza para el tratamiento de los procesos depresivos y en diversos cuadros psíquicos que cursan con ansiedad, como el trastorno de pánico, los ataques de angustia y la fobia social (Wikipedia, Fundación Wikimedia, Inc, 2015).

Fórceps: es un instrumento obstétrico en forma de tenazas, que sirve para ayudar a la extracción fetal desde la parte exterior simulando los mecanismos del parto normal (Wikipedia, s.f.).

Fluoxetina: La fluoxetina (Prozac) se usa para tratar la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo (pensamientos perturbadores que no desaparecen y la necesidad de realizar

ciertos actos una y otra vez), algunos trastornos de la alimentación y ataques de pánico (ataques súbitos e inesperados de terror extremo y la preocupación que tales ataques generan). La fluoxetina (Sarafem) también se usa para aliviar los síntomas del trastorno disfórico premenstrual, incluidos los cambios repentinos del estado de ánimo, la irritabilidad, la inflamación y el aumento de la sensibilidad de los senos. La fluoxetina pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés). Actúa aumentando las concentraciones de serotonina, una sustancia natural del cerebro que ayuda a mantener el equilibrio mental (MedlinePlus, 2015).

Gimnasia gestacional: Actividad física a través de ejercicios gestacionales y movimientos generales y/o localizados que realiza la gestante para lograr bienestar general, entre ellos: refuerzo de músculos, elasticidad de tejidos, flexibilidad de articulaciones, mejor oxigenación tanto pulmonar como celular, comodidad, entre otros (Morales, Guibovich & Yábar, 2014).

Inhibición: se podrá designar a aquel o a aquello que sufre el efecto de alguna restricción, prohibición o impedimento, ya sea para actuar o para desempeñarse libremente y tal cual es (DefiniciónABC, s.f.).

Inhibidores de recaptación: Un inhibidor de recaptación (IR), también conocido como bloqueador de transportadores, es un medicamento que inhibe la recaptación mediada por transportadores plasmáticos de un neurotransmisor desde la sinapsis hacia la neurona presináptica, llevando a un incremento de concentraciones extracelulares del neurotransmisor y por lo tanto un aumento en la neurotransmisión. Muchos fármacos utilizan la inhibición de la recaptación para ejercer sus efectos psicológicos y fisiológicos, incluyendo varios antidepresivos, ansiolíticos, estimulantes, y anorexígenos, entre otros (Wikipedia, Fundación Wikimedia, 2015).

Internalizar: interiorizar un pensamiento o sentimiento (DiccionarioReverso.net, s.f.).

Lenguaje Coloquial: Es el empleo del lenguaje en un contexto informal, familiar y distendido. (EcuRed, 2015).

Mortalidad maternal perinatal: término estadístico que describe la muerte de una mujer o del feto durante o poco después de un embarazo (Wikipedia, s.f.).

Merma: Disminución o consunción de algo (Wordreference, s.f.)

Neuroconductuales: tiene que ver con la forma del cerebro afecta emociones, comportamiento y aprendizaje. (Termwiki, s.f.).

Preeclampsia: Se presenta cuando una mujer embarazada tiene hipertensión arterial y proteína en la orina después de la semana 20 (finales del segundo trimestre o tercer trimestre) de gestación (Medineplus, 2015).

Psicoafectiva: Esta referida a aspectos emocionales, motivacionales y actitudinales de la persona. Tiene que ver en sí con las emociones y sentimientos que intervienen en nuestros actos, con los estados emocionales en la determinación de nuestras acciones (Martínez, 2014).

Prole: es el conjunto de hijos o descendencia de alguien (Wikipedia, s.f.).

Posiciones antálgicas: Posturas que reducen las molestias, incomodidad o dolor en el cuerpo o algunas de sus partes (Morales, Guibovich & Yábar, 2014).

Puericultura: Disciplina médica y actividad que se ocupa de prestar cuidados a los niños para su mejor desarrollo durante los primeros años de vida (Wordreference, s.f.).

Puerperio: Es el período de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento (Martín Ruiz, s.f.).

Reflejo condicionado en el cerebro: Se denominan reflejos, en el sistema nervioso, a aquellas respuestas prediseñadas en las cuales una respuesta sigue automáticamente a un estímulo (Wikipedia, s.f.).

Riesgos obstétricos: Es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor. Se entiende por riesgo obstétrico como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto (BuenasTareas, 2014).

Serotonina: es un neurotransmisor, una sustancia que transmite los impulsos nerviosos entre las neuronas. El nombre completo de la molécula es el 5 hidroxitriptamina (5-HT). La serotonina es un derivado del aminoácido llamado triptófano, elemento esencial para el cuerpo para la formación de proteínas. También tiene una función similar a la de las hormonas e induce varias acciones, sobretodo interviene en la regulación de ciertas conductas. Ciertos medicamentos que actúan sobre la cantidad de serotonina tienen efectos beneficiosos en la depresión (Salud.net, 2015).

Sofrología: Se denomina a una disciplina consistente en un conjunto de técnicas o métodos de relajación (distinto del hipnotismo) y de modificación de estados de conciencia, que tiene como objetivo el establecer el equilibrio cuerpo-mente (Wikipedia, s.f.).

Sufrimiento fetal: Es una asfixia fetal progresiva; que si no es corregida o evitada provocará una descompensación fisiológica, desencadenando un daño permanente del Sistema Nervioso Central (Medicina Humana, 2008).

Vínculo afectivo: es el resultado de la activación de sistemas de conducta que tienen una meta propuesta continua, en el sentido de un tipo de relación especial con otro individuo concreto (Rivera, 2012).

Vínculo prenatal: Lazo afectivo que se propicia en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo o hija, para que su llegada sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto (Morales, Guibovich & Yábar, 2014).

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tiene un enfoque:

3.1.1. Cuantitativo: para la investigación se realizó un estudio estadístico de las variables independiente Psicoprofilaxis y dependiente depresión a través del inventario de depresión de Beck y el Cuestionario de Psicoprofilaxis.

3.1.2. No Experimental: porque se observaron los fenómenos tal y como ocurren naturalmente sin intervenir en su desarrollo, no se manipulara ninguna variable.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación a utilizarse es:

3.2.1. De campo: la investigación se realizara en el HPGDR permitiéndonos obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad.

3.2.2. Descriptiva: para nuestra investigación las variables serán medidas cada una de ellas independientemente, con la finalidad de describir lo que deseamos investigar.

3.2.3. Transversal: Se utilizó este tipo de investigación porque se realizó dentro del período, Julio – Diciembre del 2015, con una duración de seis meses de estudio.

3.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. Exploratoria: se va investigar si la Psicoprofilaxis reduce los niveles de depresión en las adolescentes embarazadas, dicho tema no ha sido ejecutado en la carrera de Psicología Clínica de la UNACH ni en el HPGDR.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

En el Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo existe un grupo de 70 mujeres embarazadas.

3.4.2. Muestra

20 adolescentes embarazadas que asistían a un control continuo.

3.4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: Adolescentes embarazadas que asisten al servicio ambulatorio y que decidieron formar parte del proceso Psicoprofiláctico que brinda el HPGDR, período Julio-Diciembre 2015.

Exclusión: Adolescentes que se encuentren con un embarazo de riesgo y mujeres embarazadas que sobrepasen la edad de 20 años.

3.5. PROCEDIMIENTOS

Para la investigación se ha considerado seguir una secuencia en la aplicación de instrumentos para que los resultados obtenidos sean más verídicos y poder comprobar si la Psicoprofilaxis ayuda en los niveles de depresión.

En la parte inicial se aplicó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), con el fin de conocer los niveles de depresión de las adolescentes embarazadas antes de iniciar la Psicoprofilaxis.

Cuando finalizó el proceso psicoprofiláctico que realiza el HPGDR se aplicó el Cuestionario de Psicoprofilaxis con la finalidad de comprobar de qué manera ayuda la Psicoprofilaxis en los niveles de depresión y finalmente se aplicó un re-test del Inventario de depresión de Beck (BDI-II) para conocer si ha disminuido dichos niveles.

3.5.1. TÉCNICAS:

Reactivo psicológico: es un instrumento experimental que tiene por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales. En nuestra investigación aplicaremos instrumentos como el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) con la finalidad de conocer los niveles de depresión.

Encuesta: serie de preguntas que se realiza con la finalidad de obtener datos o para detectar la opinión pública sobre un asunto determinado, por lo que para nuestra investigación se adaptó un Cuestionario de Psicoprofilaxis con la finalidad de evidenciar si después de recibir

el proceso psicoprofiláctico que brinda el HPGDR, existió una disminución en los niveles de depresión.

Observación Clínica: es el método básico usado por todos los modelos de psicología supone una conducta deliberada, es decir una planificación de la observación con unos objetivos concretos que nos permitan recoger datos, hacer supuestos, etc. Pues esta técnica nos ayudara a complementar y corroborar los datos que nos proporcionan el reactivo psicológico antes mencionado.

3.5.2. Instrumentos

a) **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Anexo 1)**

Creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.

Consigna.- Solicita a la persona evaluada que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

Elaboración.- Se debe seleccionar una sola alternativa, aunque en ocasiones la persona evaluada suele seleccionar más de una afirmación, al momento de la calificación la elección de la alternativa con el número más alto descansara en el evaluador, no en la persona evaluada.

Valoración cuantitativa:

1. Cada ítem se califica con una puntuación que va de 0 a 3 puntos.
2. Todas las puntuaciones deben ser sumadas y encontrarse entre las puntuaciones mínima y máxima de 0 y 63 puntos.

Se ha establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

Nivel de depresión	Puntuación
Depresión Mínima	0-13

Depresión Leve	14-19
Depresión Moderada	20-28
Depresión Grave	29-63

Fuente: (Conde, 2011)

b) Cuestionario de Psicoprofilaxis (Anexo 2)

Este Cuestionario fue adaptado por parte de las investigadoras en base al manual de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal del MSP y las necesidades que se evidencio durante la realización de la investigación, está dirigida a las gestantes que culminan el proceso psicoprofiláctico, con la finalidad de evidenciar si después de recibir dicho proceso que brinda el HPGDR, existió una disminución en los niveles de depresión.

El Cuestionario consta de 6 preguntas abiertas, guiadas en los diferentes aspectos que abarca la Psicoprofilaxis, enfocándose básicamente en el aspecto psicoafectivo.

Consigna.- Solicita a la persona evaluada que responda cada una de las preguntas, según la información y beneficios que obtuvo a partir de asistir al Proceso de Psicoprofilaxis.

3.6. PROCEDIMIENTOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos de los reactivos psicológicos fueron analizados mediante la estadística básica en el programa Excel; los resultados fueron representados a través de cuadros y gráficos, para posteriormente elaborar las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV
PROCESAMIENTO
ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE
DATOS

4.1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)

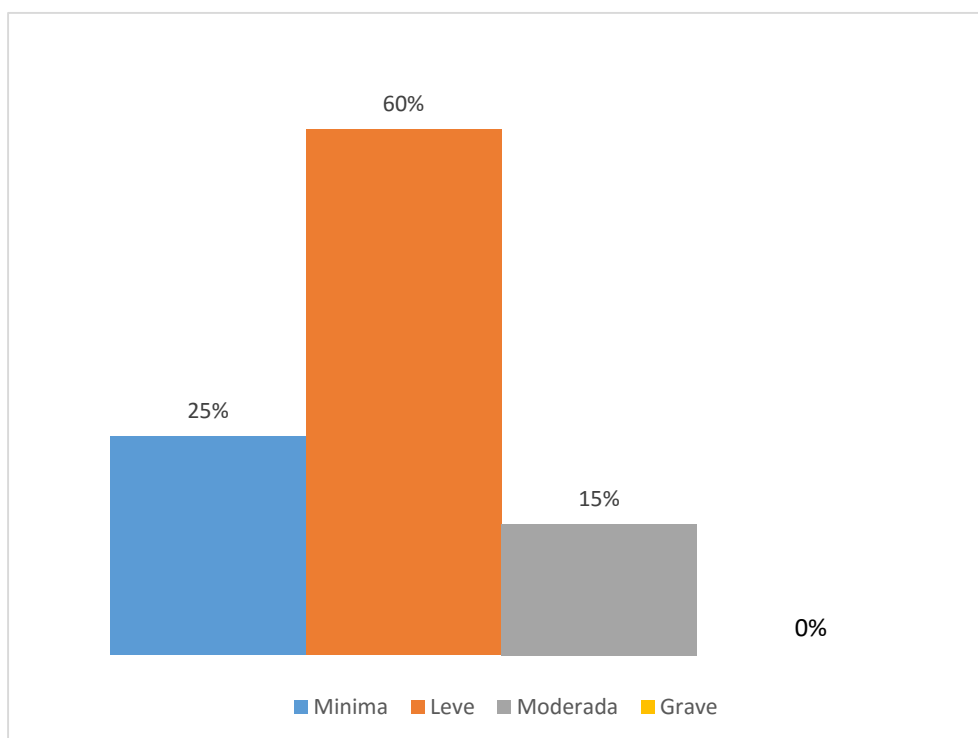
Tabla 1 "Test de los Niveles de depresión"

INVENTARIO DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA								
	NIVELES	Mínima	Porcentaje	Leve	Porcentaje	Moderada	Porcentaje	Grave	Porcentaje
Número de adolescentes	5	25%	12	60%	3	15%	0	0%	20

Fuente: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), aplicado a las adolescentes embarazadas que asisten al HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Gráfico 1 "Test de los Niveles de depresión"



Fuente: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), aplicado a las adolescentes embarazadas que asisten al HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Análisis

Los datos estadísticos obtenidos a través del inventario, nos indican que del total de adolescentes embarazadas: cinco presentan depresión mínima lo que equivale al 25 %, doce presentan depresión leve lo que equivale al 60%, tres presentan depresión moderada lo que equivale al 15% y cero presentan depresión grave lo que equivale a 0%.

Interpretación

El embarazo en adolescentes casi siempre genera tensión, pues la capacidad biológica y psicológica de la joven se ve fuertemente amenazada, más aun si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja, por lo que se siente desafiada sus necesidades; la respuesta a esta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor culpa, ira, pena, angustia lo cual podría llevar a desencadenar una depresión (Martínez & Romano, 2009). Hemos considerado a la adolescencia una etapa de vulnerabilidad, pues los factores mencionados por el autor lo que hace referencia a los datos obtenidos en la investigación que dieron como resultado que un 90% de adolescentes embarazadas presentan depresión por distintas situaciones, presentando una prevalencia en el nivel leve de depresión.

4.2. CUESTIONARIO DE PSICOPROFILAXIS

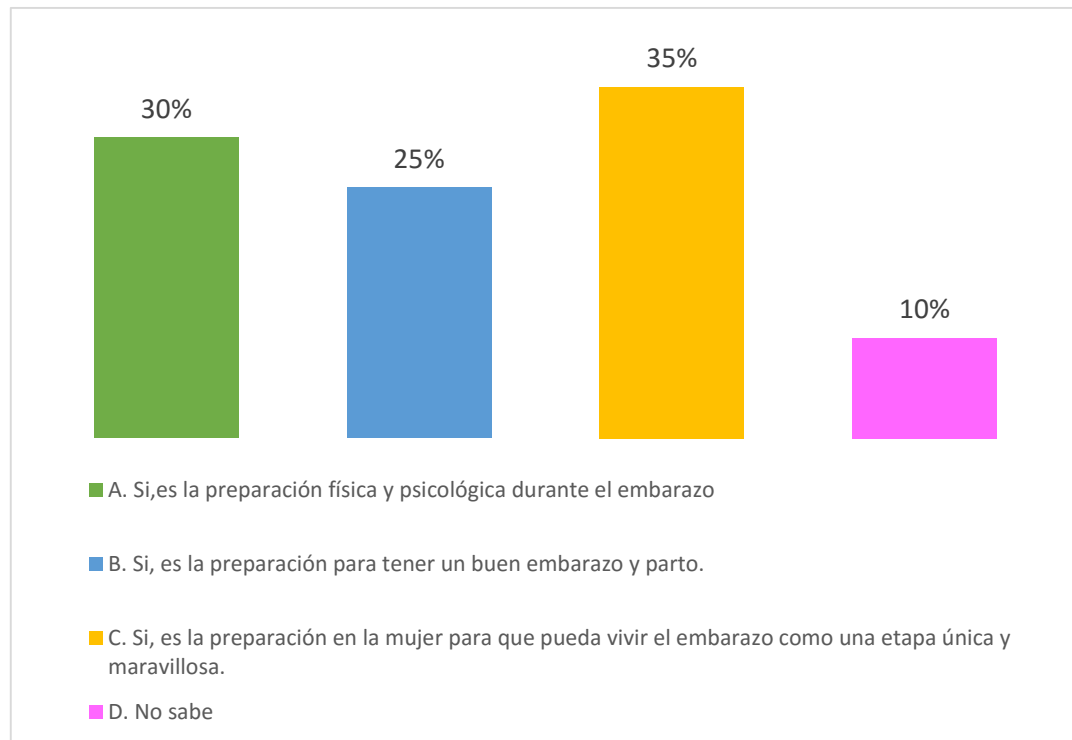
Tabla 2 “¿Puede usted definir que es la Psicoprofilaxis?”

RESPUESTAS MAS USADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	6	30%
B	5	25%
C	7	35%
D	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Gráfico 2 “¿Puede usted definir que es la Psicoprofilaxis?”



Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Análisis

Dentro de las razones para conocer las definiciones de la Psicoprofilaxis, se observó las siguientes respuestas en las adolescentes embarazadas: seis respondieron que es una preparación física y psicológica durante el embarazo, lo que equivale el 30% ; cinco respondieron que es una preparación para tener un buen embarazo y parto, lo que equivale el 25%; siete manifestaron que es una preparación en la mujer para que pueda vivir el embarazo como una etapa única y maravillosa, lo que equivale el 35 %, mientras que dos respondieron que no pueden definir porque no sabían, lo que equivale un 10%.

Interpretación

Hemos considerado la importancia de que las adolescentes conozcan que es el proceso de Psicoprofilaxis con la finalidad que conozcan los beneficios tanto para la adolescente como para el futuro bebé, como se observa en los datos estadísticos de la investigación esta actividad ayudó a motivar para que las adolescentes muestren mayor interés a que formen parte del proceso y que vivan la experiencia del embarazo como una etapa única y feliz.

Por otro lado existió en los datos estadísticos un porcentaje del 10% que corresponde a dos adolescentes que no pueden definir lo que es la Psicoprofilaxis, apreciando a través de datos sociodemográficos y la observación clínica que los factores que influyeron son el bajo nivel académico y la resistencia que mostraron durante el proceso psicoprofiláctico.

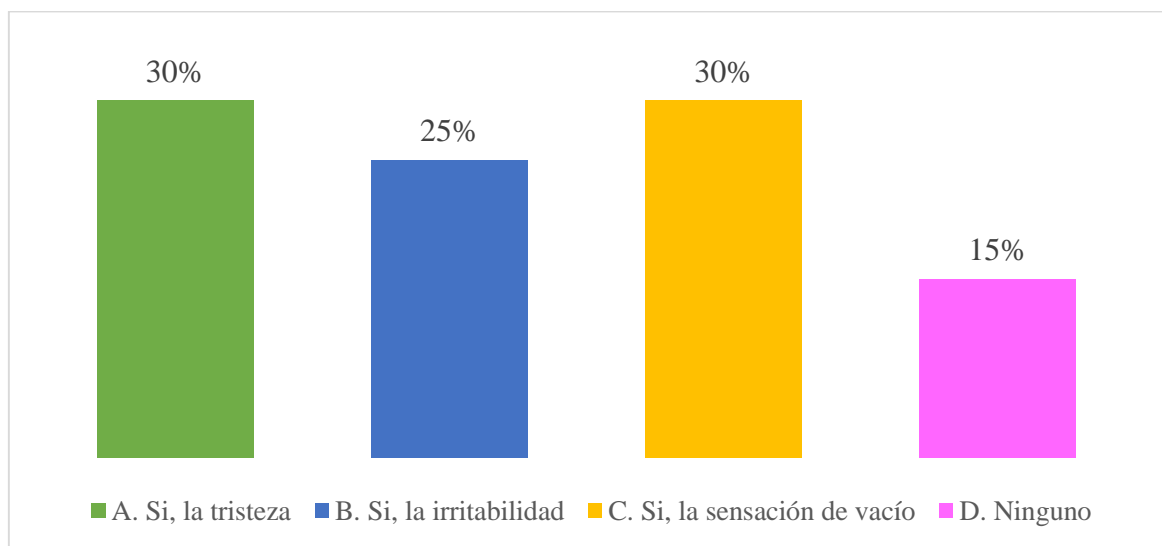
Tabla 3 “¿Al asistir al proceso psicoprofiláctico, considera que en usted ha disminuido síntomas como tristeza, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo?”

RESPUESTAS MAS USADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	6	30%
B	5	25%
C	6	30%
D	3	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Gráfico 3 “¿Al asistir al proceso psicoprofiláctico, considera que en usted ha disminuido síntomas como tristeza, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo?”



Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Análisis

Dentro de las razones para conocer que síntomas disminuyeron se observó las siguientes respuestas en las adolescentes embarazadas: seis respondieron que disminuyó su tristeza, lo que equivale el 30%; cinco respondieron que disminuyó su irritabilidad, lo que equivale el 25%; seis manifestaron que disminuyó su sensación de vacío, lo que equivale el 30 %, mientras que tres respondieron que no disminuyeron ningún síntoma, lo que equivale un 15%.

Interpretación

El proceso de gestación es una etapa de cambios tanto físicos, biológicos y psicológicos, que dependiendo del caso y las situaciones genera una prevalencia mayor en lo psicológico entre ellos el miedo, dolor, ansiedad, culpa, ira, pena, desesperación, confusión, pensamientos negativos, entre otros; provocando que las mujeres embarazadas y en este caso las adolescentes sufran un desequilibrio emocional.

Los síntomas que se evidenciamos con mayor prevalencia en nuestra población fueron: frustración, tristeza, irritabilidad, nerviosismo, sensación de vacío, sentimientos de culpa y baja autoestima, esta sintomatología se obtuvo al momento de interactuar con las adolescentes mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck y a través de la observación clínica.

Por otro lado existió en los datos estadísticos un porcentaje del 15% que corresponde a tres adolescentes que no han disminuido síntomas como tristeza, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo, apreciando a través de la observación clínica y aplicación del inventario de depresión de Beck que las adolescentes se encontraban en un nivel de depresión mínima, por lo que es probable que no presenten esta sintomatología.

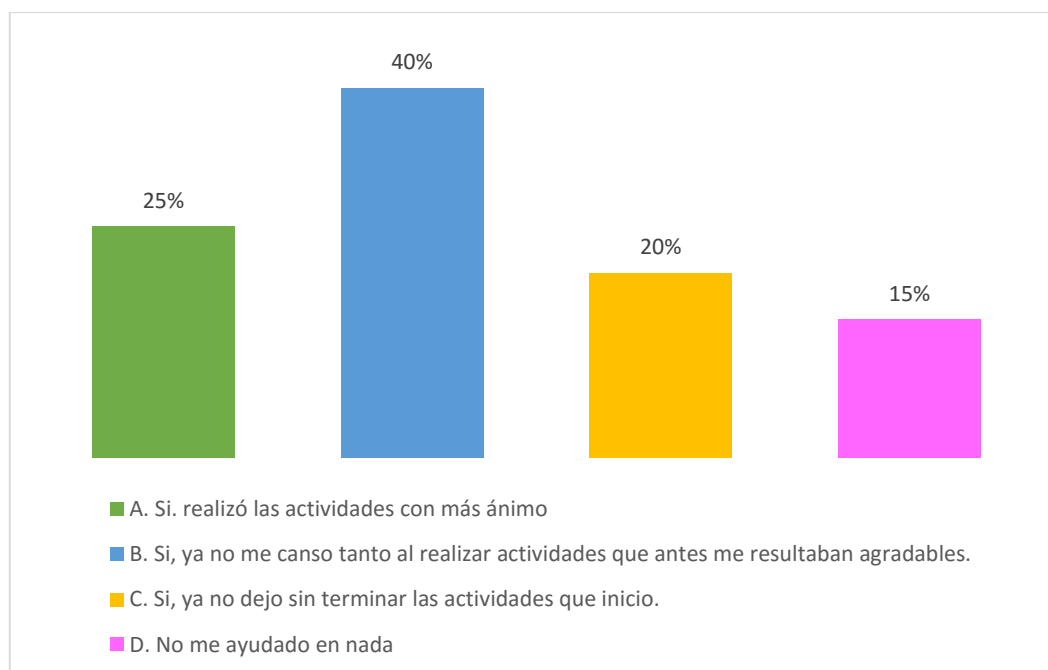
Tabla 4 “¿Luego de integrarse al proceso psicoprofiláctico su capacidad de disfrutar e interesarse más por las actividades que realiza ha aumentado?”

RESPUESTAS MAS USADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	5	25%
B	8	40%
C	4	20%
D	3	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Gráfico 4 “¿Luego de integrarse al proceso psicoprofiláctico su capacidad de disfrutar e interesarse más por las actividades que realiza ha aumentado?”



Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Análisis

Dentro de las razones para conocer si el proceso psicoprofiláctico le ayudado a disfrutar las actividades diarias, se observó las siguientes respuestas en las adolescentes embarazadas: cinco respondieron que se realizan las actividades con más ánimo, lo que equivale el 25%; ocho respondieron que no se cansan tanto al realizar actividades, lo que equivale el 40%; cuatro manifestaron que ya no dejan sin terminar las actividades, lo que equivale el 20 %, mientras que tres respondieron que no pueden ha aumentado su capacidad, lo que equivale un 15%.

Interpretación

A nivel conductual pudimos evidenciar en nuestra población que al momento de interactuar con las adolescentes mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck y a través de la observación clínica ciertas conductas de abatimiento, pesadumbre, inhibición y anhedonia, pero después de que las adolescentes asistieron al proceso psicoprofiláctico se puede observar en los datos estadísticos que dichas conductas se modificaron.

Por otro lado existió en los datos estadísticos un porcentaje del 15% que corresponde a tres adolescentes que no han aumentado su capacidad de disfrutar e interesarse más por las actividades que realizan, apreciando a través de la observación clínica y aplicación del inventario de depresión de Beck que estas las adolescentes en los ítems que evalúan esta área obtuvieron una puntuación de cero, por lo que es probable que su área conductual no este afectada.

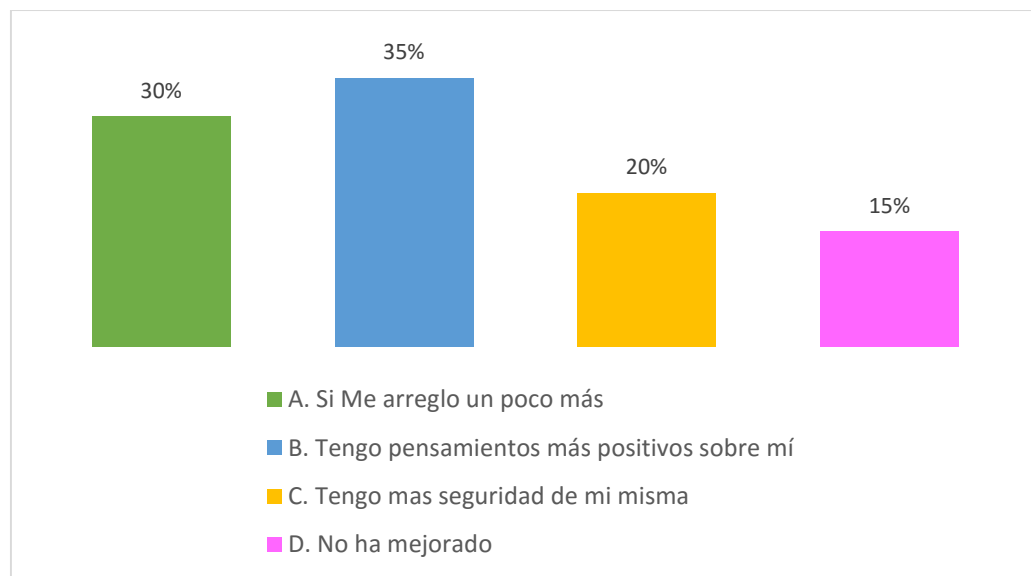
Tabla 5 “¿A partir de integrarse al proceso psicoprofiláctico su autoestima ha mejorado?”

RESPUESTAS MAS USADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	6	30%
B	7	35%
C	4	20%
D	3	15%
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Gráfico 5 “¿A partir de integrarse al proceso psicoprofiláctico su autoestima ha mejorado?”



Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Análisis

Dentro de las razones para conocer si a partir de integrarse al proceso psicoprofiláctico su autoestima ha mejorado, se observó las siguientes respuestas en las adolescentes embarazadas: seis respondieron que se arreglan un poco más, lo que equivale el 30%; siete respondieron que tienen pensamientos más positivos de ellas, lo que equivale el 35%; cuatro manifestaron que tienen más seguridad de sí misma, lo que equivale el 20 %, mientras que tres respondieron que no ha mejorado su autoestima, lo que equivale un 15%.

Interpretación

Durante el embarazo es normal que una mujer pueda sufrir de ciertos problemas en su autoestima, ya que tienden a sentirse “menos bonitas” y atractivas al verse en un espejo, esto debido a los cambios que sufre su cuerpo. Además el cansancio, fatiga y las dificultades para conciliar son factores que pueden ocasionar efectos negativos en el estado anímico de la adolescente embarazada (Ordoñez, 2007).

Después de que las adolescentes asistieron al proceso psicoprofiláctico se puede observar en los datos estadísticos que la profesional encargada del proceso logro implantar un buen nivel de autoestima, motivando a un autocuidado adecuado.

Por otro lado existió en los datos estadísticos un porcentaje del 15% que corresponde a tres adolescentes que no han aumentado su autoestima, apreciando a través de la observación clínica y aplicación del inventario de depresión de Beck que estas las adolescentes en los ítems que evalúan esta área obtuvieron una puntuación de cero, por lo que es probable que su área conductual no este afectada.

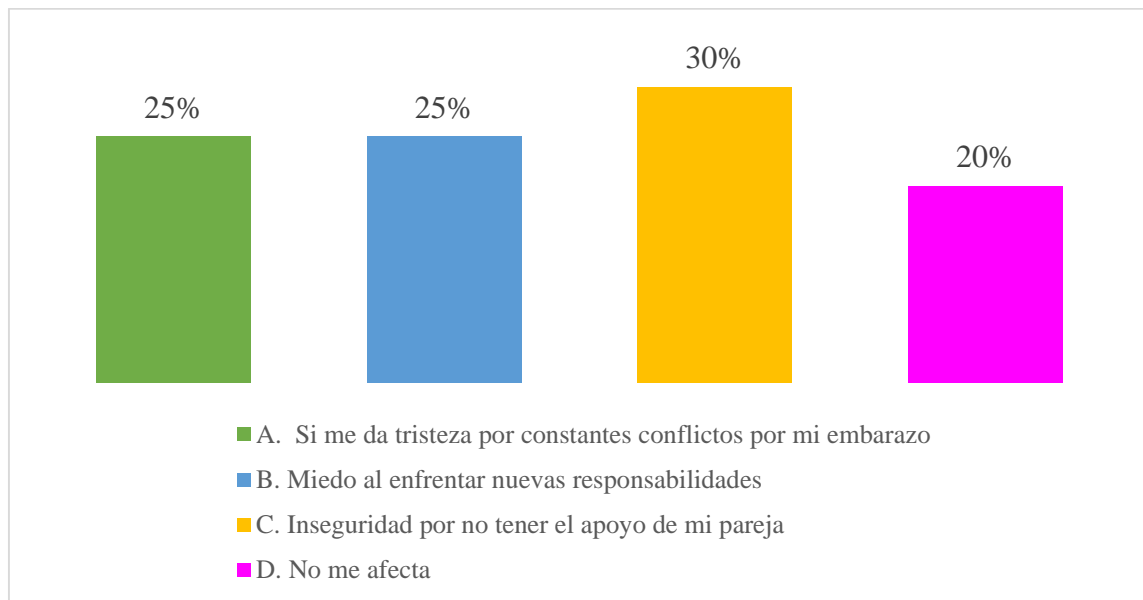
Tabla 6 “¿Le afectado el hecho de que su pareja no haya participado en el proceso psicoterapéutico?”

RESPUESTAS MAS USADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	5	25%
B	5	25%
C	6	30%
D	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Gráfico 6 “¿Le afectado el hecho de que su pareja no haya participado en el proceso psicoterapéutico?”



Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Análisis

Dentro de las razones para conocer si le afecta el hecho de que su pareja no haya participado en el proceso psicoprofiláctico, se observó las siguientes respuestas en las adolescentes embarazadas: cinco respondieron que les da tristeza por constantes conflictos sobre su embarazo, lo que equivale el 25%; cinco respondieron que les da miedo al enfrentar las responsabilidades, lo que equivale el 25%; seis manifestaron que tienen inseguridad por no tener el apoyo de su pareja, lo que equivale el 30 %, mientras que cuatro respondieron que no les afecta que su pareja no estén en el proceso, lo que equivale un 20%.

Interpretación

Según el MSP (2014), indica que su principal objetivo con respecto a la Psicoprofilaxis es preparar a la gestante y su pareja, con proyección a familia, de manera integral, es decir física, cognitiva y psicológicamente. Asimismo se logrará devolver el rol protagónico a la madre, con el acompañamiento de su pareja y familia, en un contexto de estilos de vida saludables y con un enfoque de respeto a sus derechos y patrones culturales, propiciando y consolidando un estrecho vínculo afectivo prenatal, como cimiento para el “nido” familiar, es decir, el ambiente propicio para el desarrollo físico, afectivo, intelectual y social del hijo, fortalecido por la acogida y afecto de los padres, lo cual se traducirá en su bienestar general, favorable a su crecimiento y desarrollo desde su gestación.

El hecho de que su pareja participe dentro del proceso ayudara a la adolescente a sentirse apoyada para enfrentar las responsabilidades que conlleva la maternidad, además de fomentar una relación familiar estable para que el futuro bebé se desarrolle dentro de un núcleo familiar funcional. En nuestra población se observó que existe un 85% de adolescentes que no cuentan con el apoyo de la pareja lo que hace que se incrementen las alteraciones a nivel emocional, mientras que el 15% son adolescentes que cuentan con el apoyo de su pareja lo que favorece a la disminución de sintomatología depresiva fomentando la seguridad en el núcleo familiar.

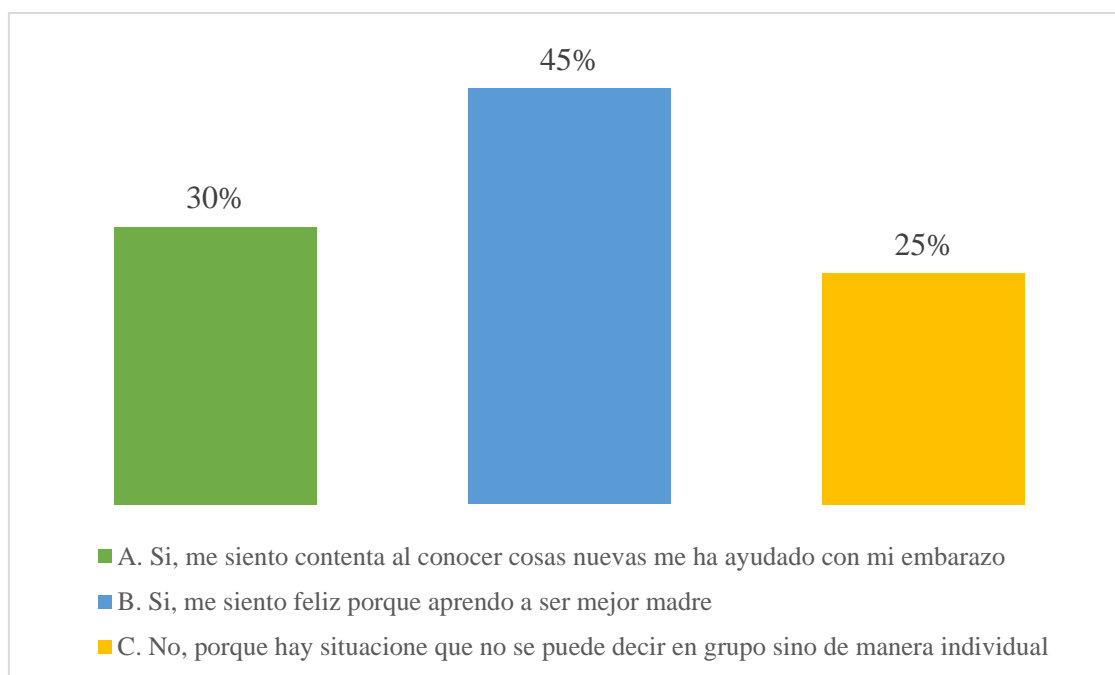
Tabla 7 “¿A partir de integrarse al proceso psicoprofiláctico su estado emocional ha mejorado?”

RESPUESTAS MAS USADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	6	30%
B	9	45%
C	5	25%
TOTAL	20	100%

Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Gráfico 7 “¿Al continuar en el proceso psicoprofiláctico ha mejorado su estado emocional?”



Fuente: Cuestionario de Psicoprofilaxis, aplicado a las adolescentes embarazadas que asistieron al programa psicoprofiláctico realizado en el HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Análisis

Dentro de las razones para conocer si su estado emocional ha mejorado al continuar en el proceso psicoprofiláctico, se observó las siguientes respuestas en las adolescentes embarazadas: seis respondieron que se sienten contentas al conocer cosas nuevas que le ha ayudado en el embarazo, lo que equivale el 30%; nueve respondieron que se sienten felices porque aprendió a ser mejor madre, lo que equivale el 45%; mientras que cinco manifestaron que no ha mejorado porque hay situaciones que no se pueden decir en grupo sino de manera individual, lo que equivale el 25%.

Interpretación

Mantener un estado emocional adecuado durante el embarazo permitirá disminuir consecuencias a largo plazo ya sea en la madre como en el bebé, por ello la importancia de mantener un equilibrio siendo importante participar en un proceso psicoprofiláctico como considera el MSP (2014), la Psicoprofilaxis está relacionada con cada fase del proceso del embarazo y parto: predisposición a aceptar los cambios en el propio cuerpo, la sexualidad y la relación con la pareja, disposición para ayudar al recién nacido a establecer el vínculo afectivo, así como para atender sus necesidades dentro de un clima emocional positivo, comprendiendo también los cambios de estado de ánimo, emociones y sentimientos. En nuestra población al momento de iniciar a interactuar con las adolescentes mencionaron en su gran mayoría que para ellas el principal factor que desencadena la depresión es la no aceptación del embarazo y las responsabilidades que trae consigo, pudiendo evidenciarse después del proceso psicoprofiláctico estas concepciones cambiaron como se evidencia a través de los datos estadísticos.

4.3. RE- TEST-INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)

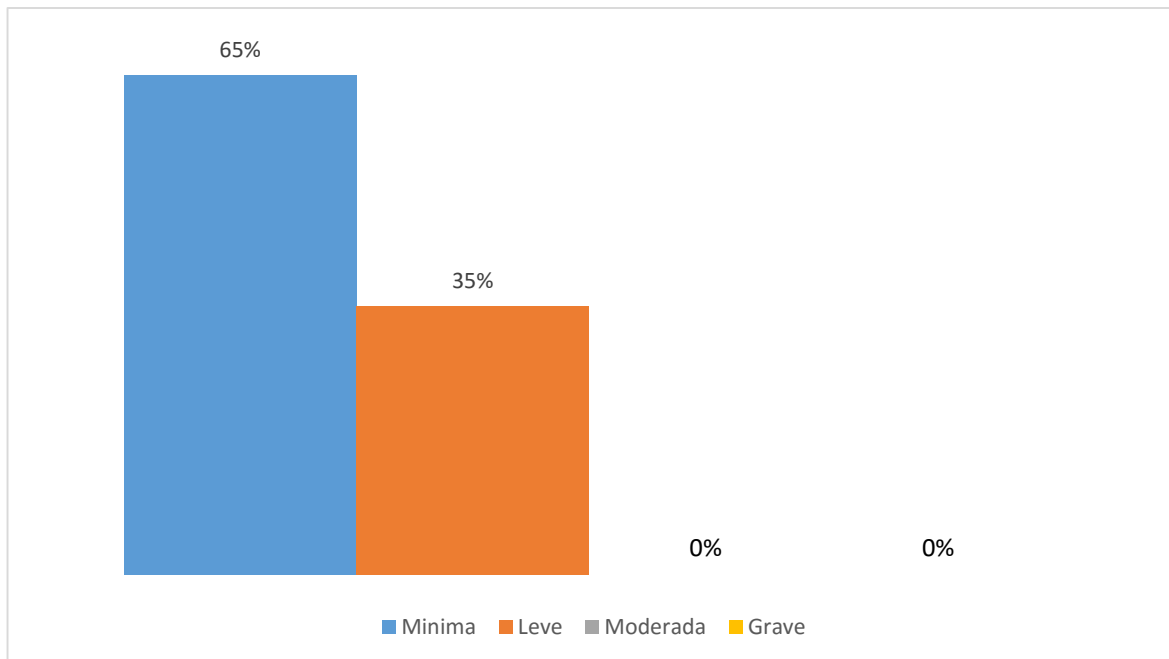
Tabla 8 " Re test de los niveles de depresión "

RE-TEST DE DEPRESIÓN	NIVELES	FRECUENCIA								TOTAL
		Mínima	Porcentaje	Leve	Porcentaje	Moderada	Porcentaje	Grave	Porcentaje	
Número de adolescentes		13	65%	7	35%	0	0%	0	0%	20

Fuente: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), aplicado a las adolescentes embarazadas que asisten al HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Gráfico 8 "Re test de los niveles de depresión "



Fuente: Inventario de depresión de Beck II (BDI-II), aplicado a las adolescentes embarazadas que asisten al HPGDR.

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Análisis

Los datos estadísticos obtenidos a través del inventario, nos indican que del total de adolescentes embarazadas: trece presentan depresión mínima lo que equivale al 65%, siete presentan depresión leve lo que equivale al 35%, cero presentan depresión moderada lo que equivale al 0% y cero presentan depresión grave lo que equivale a 0%.

Interpretación

La Psicoprofilaxis, brinda una preparación integral al incluir: información, entrenamiento físico y soporte psicoafectivo, en donde la adolescente embarazada puede lograr tener motivación, tranquilidad y expectativas positivas, en si se le proporciona seguridad tanto física como emocional, permitiéndole la posibilidad de aceptar y llevar la experiencia de la maternidad de manera natural y positiva, incentivándola a participar activamente en todo el proceso, mejorando su estado emocional, desarrollando su autoestima, motivando su autocuidado y la identificación oportuna de signos de alarma, prevenir riesgos y complicaciones, consiguiendo su adaptación a los cambios, y disminuyendo la ansiedad, depresión y temor respecto al embarazo, parto y postparto (Yábar, 2014).

Luego de que concluyó el proceso psicoprofiláctico se evidencia que a través de los datos estadísticos existió una disminución en los niveles de depresión, desapareciendo el nivel moderado y manteniéndose en niveles leves y mínimos con mayor prevalencia en esta última perteneciendo.

4.3.1. COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN

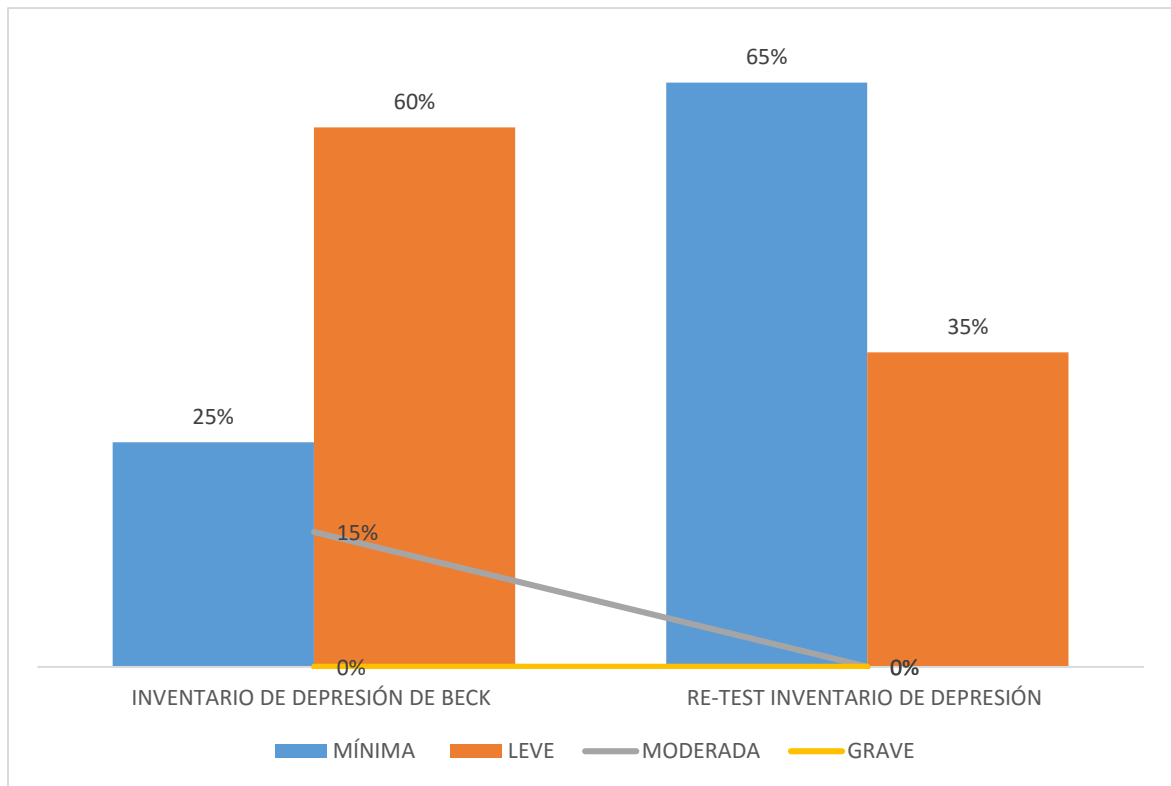
Tabla 9 “Comparativo de los niveles de depresión”

Niveles de depresión Instrumentos	MÍNIMA		LEVE		MODERADA		GRAVE		TOTAL
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	
Test	5	25%	12	60%	3	15%	0	0%	20
Re-test	13	65%	7	35%	0	0%	0	0%	20

Fuente: Test y re-test del Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Gráfico 9 COMPARATIVO DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN



Fuente: Test y re-test del Inventario de Beck (BDI-II)

Elaborado por: Paulina Guaiña, Liliana Núñez

Análisis

Los datos estadísticos obtenidos a través del inventario, revelan que del total de adolescentes embarazadas que cinco presentan depresión mínima lo que equivale al 25 %, doce presentan depresión leve lo que equivale al 60%, tres presentan depresión moderada lo que equivale al 15% y cero presentan depresión grave lo que equivale a 0%. Mientras que en el re-test los datos estadísticos indican que trece adolescentes presentan depresión mínima lo que equivale al 65%, siete presentan depresión leve lo que equivale al 35%, cero presentan depresión moderada lo que equivale al 0% y cero presentan depresión grave lo que equivale a 0%.

Interpretación

El embarazo en adolescentes casi siempre genera tensión, pues la capacidad biológica y psicológica de la joven se ve fuertemente amenazada, más aun si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja, por lo que se siente desafiada sus necesidades; la respuesta a esta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor culpa, ira, pena, angustia lo cual podría llevar a desencadenar una depresión (Martínez & Romano, 2009). Hemos considerado a la adolescencia una etapa de vulnerabilidad, pues los factores mencionados por el autor lo que hace referencia a los datos obtenidos en la investigación que dieron como resultado que un 90% de adolescentes embarazadas presentan depresión por distintas situaciones, presentando una prevalencia en el nivel leve de depresión.

Luego de que concluyó el proceso psicoprofiláctico se evidencia que a través de los datos estadísticos existió una disminución en los niveles de depresión, desapareciendo el nivel moderado y manteniéndose en niveles leves y mínimos con mayor prevalencia en esta última perteneciendo.

4.4. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Después de haber analizado los resultados obtenidos, mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) y el Cuestionario de Psicoprofilaxis, se evidenció que la Psicoprofilaxis ayuda a disminuir los niveles de depresión, pues pudimos corroborar que antes de iniciar el proceso psicoprofiláctico las adolescentes embarazadas presentaban depresión mínima, leve y moderada, luego de participar en el procesos psicoprofiláctico sus niveles de depresión disminuyeron de moderada a leve y de leve a mínima, mientras que las adolescentes que presentaban depresión minina disminuyeron su puntuación pero se mantenían dentro del rango que corresponde al nivel mínima .

De esta manera se comprueba la hipótesis planteada que la Psicoprofilaxis reduce los niveles de depresión en adolescentes embarazadas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se mencionan las siguientes conclusiones:

- Una vez aplicado el inventarió de depresión de Beck-II (BDI-II) se puede concluir que el 25% de las adolescentes embarazadas presentaron depresión mínima, el 60% presento depresión leve y el 15% presento depresión moderada. Por lo que se comprueba que existe depresión en las adolescentes embarazadas con mayor prevalencia el nivel de depresión leve.
- Asociando la Psicoprofilaxis con los niveles de depresión podemos diferenciar que al aplicar el re-test luego de que culminara el proceso que brinda el HPGDR, se obtuvo que el 65% presento depresión mínima y el 35% presento depresión leve y se afirma de esta manera que la Psicoprofilaxis redujo los niveles de depresión en las adolescentes embarazadas
- Se diseñó el plan de intervención psicológica para la Psicoprofilaxis en las adolescentes que presenta depresión; el cual tiene un enfoque cognitivo conductual, ya que a través de las técnicas y herramientas propias del mismo se logrará: modificar y eliminar a nivel cognitivo y emocional los síntomas depresivos, logrando una estabilidad en la adolescente embarazada.

5.2. RECOMENDACIONES

- En el aspecto psicoafectivo y por el incremento de depresión en adolescentes embarazadas; se recomienda que dentro de la psicoprofilaxis se proporcione Psicoterapia tanto de forma individual como grupal, para poder relacionar las diversas dificultades a nivel Bio-Psico-Social que surgen durante el embarazo, brindando de esta manera un tratamiento más complementario.
- Al asociar la Psicoprofilaxis y la depresión se recomienda realizar una evaluación previa y posterior al proceso psicoprofiláctico, con la finalidad de comprobar la validez de la Psicoprofilaxis, poniendo más énfasis en las áreas que presenten mayor dificultad.
- Se considera importante implementar el plan de intervención psicológica para la Psicoprofilaxis en las adolescentes que presenta depresión en los diferentes establecimientos de salud, para poder contribuir con las diferentes estrategias de atención integral a favor de la comunidad, no solo de las adolescentes sino de todas las mujeres que se encuentren en proceso de gestación, pues mediante nuestra investigación evidenciamos una disminución de los niveles de depresión a través de la Psicoprofilaxis, por lo que debería ser utilizado como una método de prevención de alteraciones a nivel físico como psicológico ya sea a corto o largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Conde, P. (2011). Evaluación del Inventario BDI II. *Yefpa-Colegio oficial de psicólogos*.
- Reyes, L. (2004). *cybertesis.unmsm.edu*. Obtenido de http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2985/1/reyes_hl.pdf: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2985/1/reyes_hl.pdf
- (MSP), M. (2014). NORMA TÉCNICA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y ESTIMULACIÓN PRENATAL. *Ministerio de Salud Pública*, p. 6,7, 8, 11, 13,14, 16,17, 26,27.
- (OMS), O. M. (2015). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- (UNICEF), F. d. (2001). Adolescencia en América Latina y el Caribe. *Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe*.
- Aguirre, C. (2012). *uladech.edu.pe*. Obtenido de [uladech.edu.pe](http://files.uladech.edu.pe/docente/09400711/Psicoprofilaxis_Obstetrica_y_Estimulacion_Prenatal/Sesion_0/TEXTO%20PPO-EPN.pdf): http://files.uladech.edu.pe/docente/09400711/Psicoprofilaxis_Obstetrica_y_Estimulacion_Prenatal/Sesion_0/TEXTO%20PPO-EPN.pdf
- Alvarado, N. &. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde. *Revista Colombiana de Enfermería*, 153.
- Baringoltz, S. (2007). Terapia Cognitiva y Depresión. “*Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia*” y “*Terapia Cognitiva*”.
- BuenasTareas. (09 de 09 de 2014). *BuenasTareas.com*. Obtenido de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Riesgo-Obstetrico/2716470.html>
- Ceballos, S. A. (2013). Adolescentes Gestantes: Características sociodemográficas, depresion e ideacion suicida. *Revista de Psicologia Universidad de Antioquia*, p. 33-35.
- Cevallos, S. J. (2010). Depresion en el Embarazo- Epidemiologia en mujeres mexicanas. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, p. 71, 72.

- Dahab, R. &. (2002). La Depresion desde la Perpectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitiva Conductual* N° 3, p. 2-5.
- DefiniciónABC. (s.f.). *Tu diccionario hecho fácil*.
- Diccionario Manual de la Lengua Española, L. E. (2007). *thefreedictionary*.
Obtenido de Collins Spanish Dictionary : <http://es.thefreedictionary.com/congoja>
- Diccionario Manual de la Lengua Española, L. E. (2007). *thefreedictionary*.
Obtenido de Collins Spanish Dictionary:
<http://es.thefreedictionary.com/coet%C3%A1neo>
- DiccionarioReverso.net. (s.f.). Obtenido de <http://diccionario.reverso.net/espanol-definiciones/internalizar>
- EcuRed. (07 de 12 de 2015). Obtenido de http://www.ecured.cu/Lenguaje_coloquial
- FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS. (s.f.).
- Genís, D. O. (s.f.). *navarra.es*. Obtenido de www.navarra.es/NR/rdonlyres/7DEF9FD2-CC0B-4B2F-86A5-E218D9DD672C/243833/Manualdidacticopadresymadres.pdf:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/7DEF9FD2-CC0B-4B2F-86A5-E218D9DD672C/243833/Manualdidacticopadresymadres.pdf>
- GÓMEA, A. (01 de 2007). <http://apps.elsevier.es/>. Obtenido de Depresión en el embarazo OFFARM:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13097330&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=98&accion=L&origen=zonadlectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v26n01a13097330pdf001.pdf
- Grunauer, M. (s.f.). Obtenido de [fundacionazulado.org](http://www.fundacionazulado.org/):
<http://www.fundacionazulado.org/pdf/Embarazo-Adolescencia.pdf>
- Grunauer, M. G. (s.f.). DEPRESION Y EMBARAZO EN DEPRESION DEPRESIÓN.

- Hernández Sampier, R. (enero de 2016). *ecured.cu*. Obtenido de www.ecured.cu: http://www.ecured.cu/Investigaci%C3%B3n_no_experimental
- Hernández, R. (diciembre de 2012). *Técnicas de intervención Asertiva*. Obtenido de www.blogspot.com: <http://metodologiadeinvestigacionmarisol.blogspot.com/2012/12/tipos-y-niveles-de-investigacion.html>
- Humana, M. (18 de Noviembre de 2008). *slideshare*. Obtenido de es.slideshare.net: <http://es.slideshare.net/malaverry/sufrimiento-fetal-presentation>
- lahora.com.ec. (Jueves, 27 de Septiembre de 2012). *LA HORA NACIONAL*. Obtenido de www.lahora.com.ec/index.../Embarazos_cada_vez_más_precoces.html: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101399431/-1/Embarazos_cada_vez_m%C3%A1s_precoces.html
- Lanz &, R. (2009). DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. *ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA*, 262-265.
- López, L. (13 de 05 de 2013). *www.blogspot.com*. Obtenido de Enfoque Cuantitativo-Positivismo: <http://enfoquecuantitativopositivismo.blogspot.com/2013/05/enfoque-cuantitativo-de-la-investigacion.html>
- Martínez, A. (15 de Mayo de 2014). *Prezi*. Obtenido de prezi.com: <https://prezi.com/nwng4p9olhqd/que-es-psicoafectividad/>
- Medlineplus. (02 de 12 de 2015). *National Institutes of Health*. Obtenido de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000898.htm>
- *Medlineplus*. (25 de 09 de 2015). Obtenido de Depresión posparto: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/postpartumdepression.html>

- MedlinePlus. (11 de 2015). *The American Society of Health-System Pharmacists*. Obtenido de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a689006-es.html>
- Morales, Guibovich & Yábar. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *Horizonte Médico*. Obtenido de Cielo Perú.
- MSP, G. d. (2013). Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años. *Series Guías Clínicas No GES*, p. 8, 40, 41, 43, 70,71.
- Nava, C. (Noviembre de 2009). *eumed.net*. Obtenido de eumed.net: <http://www.eumed.net/rev/cccss/06/cmnf.htm>
- OMS. (2013). La Adolescencia y embarazo en la adolescencia. *Organizacion Mundial de la Salud*.
- Rivera, N. (23 de febrero de 2012). *gabinete psicologico*. Obtenido de gabinetepsicologicobarcelona.blogspot.com: <http://gabinetepsicologicobarcelona.blogspot.com/2012/02/apego-vinculos-afectivos-y.html>
- Roca, E. (s.f.). *cat-barcelona.com*. Obtenido de www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/5_-_tcbeck.pdf: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/5_-_tcbeck.pdf, <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/Guia%20Beck%20depresion.pdf>
- Ruiz, M. (s.f.). *Medicopedia*. Obtenido de [portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com): http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Puerperio
- Saldaña, E. (2012). PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA. *PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA*, p. 2-4.
- Salud.net. (11 de 2015). *salud.ccm.net*. Obtenido de <http://salud.ccm.net/faq/8435-serotonina-definicion>
- Sumano &, V. (2014). FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS. *e-Magazine Conductitlán*.

- Termwiki. (s.f.). Obtenido de <http://es.termwiki.com/ES/neurobehavioral>
- UNICEF, F. I. (s.f.). *unicef.cl*. Obtenido de www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/02%20Dinamicas.pdf:
<http://www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/02%20Dinamicas.pdf>
- Urquizo, D. Á. (2012). Urquizo, Dr. Ángel Huilcapi. En D. Á. Urquizo, *Urquizo, Dr. Ángel Huilcapi*. Riobamba: Urquizo, Dr. Ángel Huilcapi.
- Vargas, M. S. (2014). FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS. *e-Magazine Conductitlán*.
- Vargas-Mendoza, M. d.-L. (s.f.). FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS.
- Vasquez , &. (1995). TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (I). CLÍNICA, DIAGNÓSTICO, CURSO, y EPIDEMIOLOGIA. *Manual de Psicopatología. Vol. 2*.
- Waysel, M. &. (2009). DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. *Enseñanza e Investigación en Psicología*.
- Wikipedia. (s.f.). Obtenido de [es.wikipedia.org](https://es.wikipedia.org/wiki/Sofrolog%C3%ADa):
<https://es.wikipedia.org/wiki/Sofrolog%C3%ADa>
- Wikipedia. (30 de 11 de 2015). *Fundación Wikimedia, Inc.* Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Escitalopram>
- Wikipedia. (09 de 07 de 2015). *Fundación Wikimedia*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Inhibidor_de_la_recaptaci%C3%B3n
- Wikipedia. (26 de 11 de 2015). *Fundación Wikimedia, Inc.* Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Argot>
- *Wikipedia*. (06 de 01 de 2016). Obtenido de Investigación cuantitativa:
https://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_cuantitativa

- Wikipedia. (s.f.). *wikipedia enciclopedia libre*. Obtenido de es.wikipedia.org:
https://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_materna
- Wikipedia. (s.f.). *wikipedia enciclopedia libre*. Obtenido de es.wikipedia.org:
<https://es.wikipedia.org/wiki/F%C3%B3rceps>
- Wikipedia. (s.f.). *Wikipedia enciclopedia Libre*. Obtenido de es.wikipedia.org:
https://es.wikipedia.org/wiki/Condicionamiento_de_reflejos
- Wikipedia. (s.f.). *Wikipedia Enciclopedia Libre*. Obtenido de es.wikipedia.org:
<https://es.wikipedia.org/wiki/Prole>
- WordPress.org. (s.f.). *Definiciona*. Obtenido de Diccionario online:
<http://definiciona.com/asiduidad/>
- wordreference. (s.f.). Obtenido de wordreference.com:
<http://www.wordreference.com/definicion/merma>
- Wordreference. (2015). Obtenido de wordreference.com:
<http://www.wordreference.com/definicion/puericultura>
- Yábar, M. (2014). La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horizonte Médico*.

ANEXOS

ANEXO 1: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI - II)



En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos.

A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY.

Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste.
 - 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
 - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado (a) ante el futuro.
 - 1 Me siento desanimado (a) con respecto al futuro.
 - 2 Siento que no tengo nada que esperar.
 - 3 Siento que el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. 0 No creo que sea un fracasado.
 - 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - 2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
 - 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
 - 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.
 - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - 2 Me siento bastante culpable casi siempre.
 - 3 Me siento culpable siempre.
6. 0 No creo que esté siendo castigado (a).
 - 1 Creo que puedo ser castigado (a).
 - 2 Espero ser castigado (a).
 - 3 Creo que estoy siendo castigado (a).
7. 0 No me siento decepcionado (a) de mí mismo (a).
 - 1 Me he decepcionado a mí mismo (a).
 - 2 Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a).
 - 3 Me odio.
8. 0 No creo ser peor que los demás.
 - 1 Me critico por mis debilidades y errores.
 - 2 Me culpo siempre por mis errores.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9. 0 No pienso matarme.
 - 1 Pienso en matarme, pero ni lo haría.
 - 2 Me gustaría matarme.

- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. 0 No lloro más que de costumbre.
- 1 Ahora lloro más de lo que solía hacer.
- 2 Ahora lloro todo el tiempo.
- 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11 0 Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- 1 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
- 2 Estoy bastante irritado (a) o enfadado (a) una buena parte del tiempo.
- 3 Ahora me siento irritado (a) todo el tiempo.
- 12 0 No he perdido el interés por otras personas.
- 1 Estoy menos interesado (a) en otras personas que de costumbre.
- 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
- 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13 0 Tomo decisiones casi como siempre.
- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
- 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
- 14 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo (a) sin atractivos.
- 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco Atractivo (a).
- 3 Creo que me veo feo (a).
- 15 0 Puedo trabajar tan bien como antes.

- 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - 3 No puedo trabajar en absoluto.
- 16
- 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
 - 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
 - 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme.
- 17
- 0 No me canso más que de costumbre.
 - 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - 2 Me canso sin hacer casi nada.
 - 3 Estoy demasiado cansado (a) para hacer algo.
- 18
- 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - 2 Mi apetito está mucho peor ahora.
 - 3 Ya no tengo apetito.
- 19
- 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - 1 He rebajado más de dos kilos y medio.
 - 2 He rebajado más de cinco kilos.
 - 3 He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20
- 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - 1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como, por ej., dolores, molestias estomacales o estreñimiento.

- 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 - 3 Estoy tan preocupado (a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna cosa.
- 21 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo que solía estar.
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo.
 - 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE PSICOPROFILAXIS



SEÑALE LA RESPUESTA ADECUADA SEGÚN CREA CONVENIENTE.

1. ¿Puede usted definir que es la Psicoprofilaxis?

SI..... NO.....

¿Qué es?

.....
.....
.....

2. Al asistir al proceso psicoprofiláctico, considera que en usted ha disminuido síntomas como tristeza, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo.

SI..... NO.....

¿Cuál de los síntomas ha sido el que más ha disminuido?

.....
.....

3. Luego de integrarse al proceso psicoprofiláctico su capacidad de disfrutar e interesarse más por las actividades que realiza ha aumentado.

SI..... NO.....

¿De qué manera lo ha notado?

.....
.....

4. A partir de integrarse al proceso psicoprofiláctico su autoestima ha mejorado.

SI..... NO.....

¿De qué manera?

.....
.....

5. ¿Le afectado el hecho de que su pareja no haya participado en el proceso psicoterapéutico?

SI..... NO.....

¿De qué manera?

.....
.....

6. ¿Al continuar en el proceso psicoprofiláctico su estado emocional ha mejorado

SI..... NO.....

¿Indique los cambios que ha tenido, en caso de responder no mencione por qué?

.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 3



Aplicación del Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) a la adolescente Isabel NN



Aplicación del Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) a la adolescente Amparo NN



Charla sobre cuidados adecuados en las adolescentes embarazadas, impartido por la Dra. Mercy Balseca (encargada de la unidad de A.I.D.A.)



Lado derecho: Dra. Mercy Balseca y Paulina Guaiña (investigadora), **lado Izquierdo:** Liliana Núñez (investigadora), Charla sobre cuidados adecuados en las adolescentes embarazadas, impartido por la Dra. Mercy Balseca (encargada de la unidad de A.I.D.A.).



Lado derecho: Mishelle NN, Adolescente que acudió a la Psicoprofilaxis **Parte central:** Dra. Mercy Balseca (encargada de la unidad de A.I.D.A.) **Lado izquierdo:** Erika N.N. Adolescente que acudió a la Psicoprofilaxis.



Lado derecho: Fanny NN, Adolescente que acudió a la Psicoprofilaxis **Parte central:** Dra. Mercy Balseca (encargada de la unidad de A.I.D.A.) **Lado izquierdo:** Joselyn N.N. Adolescente que acudió a la Psicoprofilaxis.