

# Prevalencia de Depresión En Embarazadas A Temprana Edad En Bucaramanga

Autores:

Ricardo Rojas Lindao

Cielo Vargas Álvarez

Profesora

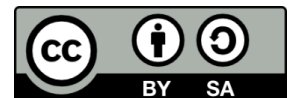
Dora Cristina Cañas Betancur

Universidad Cooperativa De Colombia

Programa De Psicología

Bucaramanga

2020



## Tabla de contenido

Introducción .....	3
Planteamiento del problema .....	5
Justificación .....	8
Objetivo general.....	11
Objetivo específico .....	11
Marco general .....	12
Antecedentes Investigativos Internacionales .....	12
Antecedentes Investigativos Nacionales .....	14
Antecedentes Investigativos Locales .....	16
Marco Conceptual .....	18
Marco legal .....	27
Metodología .....	28
Procedimiento .....	30
Resultados .....	31
Discusión .....	39
Conclusión.....	40
Referencias .....	42

## **Introducción:**

La adolescencia es el periodo en el cual los cambios biológicos, sociales, y psicológicos replantean la definición personal y social del ser humano mediante una segunda individualización generando una vulnerabilidad específica hacia una ansiedad transicional que moviliza a los jóvenes en el proceso de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de la vida según lo explicado por (Ortiz Serrano et al., 2005)(Gonzalez Nuñez., 2001)( Radzik M et al., 2002). También es un período donde los adolescentes son con mayor frecuencia impresionables y vulnerables a distintos factores ambientales que pueden influir sus conductas, ya sea de manera positiva o negativa como lo expone (Vargas Daza, 2007)( Sadock B et al., 2003).

Por tal motivo, es una época de la vida donde las personas están expuestas a múltiples circunstancias que afectan su desarrollo y condición personal. Muchas de estas circunstancias son condiciones que favorecen la presencia de desenlaces adversos como son el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual o el consumo de sustancias psicoactivas (Vargas Daza, 2007). Los datos disponibles señalan que la edad de inicio de las actividades sexuales en adolescentes ha disminuido en forma paulatina durante las últimas décadas (Campo Arias et al., 2004)(Meekers D, et al., 2000)( Moss N. 1994).

Un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga a una población de estudiantes de secundaria y universitarios, entre 15 y 22 años de edad, informó que el 58% de ellos había iniciado vida sexual activa; la edad de inicio, en promedio, estuvo alrededor de los 16 años de edad (Vera, LM., 2001). El embarazo en adolescentes está influenciado por un gran número de factores, entre los que se encuentran el estrato socioeconómico bajo, menarca

temprana, inicio precoz de las relaciones sexuales, hogares conflictivos que llevan a las adolescentes a buscar afecto por medio de las relaciones sexuales o la maternidad (Lopez, G., 1991) (Hills, S., 2004).

Las jóvenes en situación de embarazo se enfrentarán a un entorno hostil: el rechazo familiar, la expulsión de la escuela o la pérdida de la red social de amistades, con la consecuente depresión, aislamiento y baja autoestima (Alderete, 2012). Entre los adolescentes, “es mayor la probabilidad de padecer depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios de identidad y autonomía. Se ha puntualizado que en los adolescentes la prevalencia de depresión es de 3 a 17%. También se ha descrito que la depresión es más frecuente en el grupo de madres adolescentes respecto a otros grupos de edad. Por otra parte, hay evidencia que muestra una mayor prevalencia de depresión entre las mujeres embarazadas del 17,9%, que alcanza una frecuencia del 40,1% en aquellas con embarazos no planeados (Bonilla, 2010). Dado que el embarazo en jóvenes adolescentes posee diferentes orígenes y a su vez las jóvenes adolescentes se ven envueltas en distintos problemas sociales, familiares y mentales entre ellas la depresión, es importante empezar a cuestionarnos la prevalencia de depresión existen en el embarazo a temprana edad. Tomando como área de estudio la ciudad de Bucaramanga, con el fin de poder identificar de manera temprana situaciones de riesgo y empezar a trabajar de forma preventiva para lograr reducir de forma paulatina el índice de embarazo en adolescentes y los problemas que conlleva a mediano y largo plazo.

## **Planteamiento del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2010 considera que el embarazo durante la adolescencia es un problema de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años.

Lo anterior explica que la adolescencia ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = a la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo la dirección del desarrollo.” (Lipszic, 2015, p. 87)

El embarazo en la adolescencia, además de constituir un riesgo médico elevado, adicional a esto se presenta dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo(a), lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Se señala también que, en el ámbito familiar, aparece el conflicto entre los integrantes de la familia, la desmoralización ante la sociedad por el evento imprevisto, así como cambios económicos desfavorables, por lo que afecta también la calidad de vida de la familia y la comunidad. El embarazo durante la adolescencia trae aparejados altos costos emocionales, sociales, financieros y para la salud de las madres adolescentes y sus hijos, de ahí, la importancia de atender adecuadamente a la adolescente, según los explica (Favier, Samón & Ruiz, 2017)

La maternidad en adolescentes menores de 16 años es un factor importante de mortalidad materna que supera cuatro veces más a las mujeres entre 20 y 30 años, siendo las

cifras estimadas en 70.000 muertes anuales. El 90% de estas muertes se dan en lugares en vías de desarrollo. Pero las consecuencias del embarazo y parto en adolescentes pueden ser muy graves, llegando a desarrollar graves secuelas como enfermedades crónicas o discapacidad de por vida dado su grado de inmadurez en el desarrollo físico, psicológico y social, pudiendo prevenirse un 74% (OMS, 2011).

“En los adolescentes se convierte mucho más habitual la deserción de los estudios cuando se demuestra que están en estado de embarazo o cuando ya tienen que criar al niño, lo que provoca que a futuro tengan menos oportunidad de encontrar un trabajo y reduce sus posibilidades de cumplir su proyecto de vida al no poder acceder a la educación superior o la educación media. Los noviazgos en la adolescencia se caracterizan por ser más inestables y por ser de corta duración, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, debido a la situación vivida en el momento, se da por obligado una convivencia o establecer una relación forzada. Las jóvenes que cuentan con un nivel alto de poder adquisitivo son expuestas a discriminación y a posibles burlas. Las madres adolescentes son más propensas de cometer suicidio que otras adolescentes. El 25% de estas madres tendrá otro bebé antes de los 24 meses, como lo explica Labrador (2015, p. 27).”

Las jóvenes en situación de embarazo se enfrentarán a un entorno hostil: el rechazo familiar, la expulsión de la escuela o la pérdida de la red social de amistades, con la consecuente depresión, aislamiento y baja autoestima. Se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad, son embarazos no planeados y probablemente no deseados, debido a que, aun cuando las y los adolescentes tienen

información sobre los métodos anticonceptivos, sólo la mitad de los jóvenes sexualmente activos los utilizan. (Alderete, 2012).

Entre los adolescentes, “es mayor la probabilidad de padecer depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios de identidad y autonomía. Se ha descrito que en los adolescentes la prevalencia de depresión es de 3 a 17%. La depresión se manifiesta como un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés aunque en los adolescentes se puede manifestar de otras formas como irritabilidad, cambio de apetito o de peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración y de culpa, dificultad para pensar, ideación suicida, pobre autocuidado de la salud y a través de 4 problemas típicos de la adolescencia: abuso de sustancias, iniciación sexual temprana y embarazo, deserción o problemas escolares y delincuencia. También se ha descrito que la depresión es más frecuente en el grupo de madres adolescentes respecto a otros grupos de edad. Por otra parte, hay evidencia que muestra una mayor prevalencia de depresión entre las mujeres embarazadas del 17,9%, que alcanza una frecuencia del 40,1% en aquellas con embarazos no planeados y complicaciones del embarazo, como también una frecuencia del 7,1% de depresión posparto. (Bonilla, 2010).

Debido a esta información, se logra entender que la depresión en las mujeres embarazadas a temprana edad es propensa a sufrir esta enfermedad mental, debido a todas las causas que se tienen que enfrentar y en donde se intervienen varios factores biológicos, psicológicos y sociales, problema que en la actualidad se ha convertido de gran interés debido a la disminución de la edad de gestación y el aumento en el número de adolescentes que se embarazan, cabe aclarar que el hecho de que los adolescentes tengan información y

conocimientos sobre la prevención del embarazo no garantiza su prevención por es importante preguntarnos ¿Qué prevalencia de depresión existen en el embarazo a temprana edad?.

### **Justificación**

Debido a la alta incidencia de adolescentes embarazadas, es importante que las jóvenes conozcan los riesgos y las complicaciones a las cuales se exponen en esta etapa de la vida, debido a que el cuerpo cambia la forma de utilizar el agua, proteínas, hidratos y grasas; la combinación de estos profundos cambios y mucho otros se traducen en la fatiga y desinterés por hacer alguna actividad física. A los cambios físicos y la sensación de cansancio se le suman nuevos sentimientos y preocupaciones. (Villa, 2014, p. 63).

Según Ávila A. (2014) comenta en su estudio de prevalencia de depresión en adolescentes embarazadas que esto se debe por las prácticas sexuales tempranas asociadas al sentimiento del amor hacia su pareja y de otros intereses: como escolaridad pobre, sin proyectos, con modelos familiares con historial de uniones de hecho en su juventud, así mismo explica que el apoyo social es fundamental en el embarazo, las emociones son un elemento esencial, si existe un abandono por parte de los padres pueden elevarse los niveles de suicidios. La maternidad es un rol de la edad adulta de tal manera que cuando ocurre en el periodo adolescente, no se puede desempeñar adecuadamente ese papel.

Con mayor continuidad conocemos que los adolescentes son sexualmente activos, hecho evolutivo, socio-cultural considerando irreversible y de aparición cada vez más temprano. El embarazo adolescente se relaciona con factores que alimenta las probabilidades



de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. (Redondo, 2013, p 78).

Demostrar la prevalencia de la depresión en mujeres adolescentes embarazadas sobre los factores de riesgo de embarazo en la adolescencia, ya que puede ser trascendental por varias razones. La primera es que es una problemática social que se ha ido convirtiendo en una problemática de salud pública a medida que el tiempo transcurre, el contexto sociocultural ha tenido mucho que ver en que estos casos vayan en aumento, como se puede evidenciar según los resultados del DANE (2014). En un estudio realizado en Medellín, por el DANE en el año 2009. Colombia, con madres adolescentes embarazadas y asociación con trastorno depresivo se encontró que la media de edad fue de 17 años, la mediana para la edad de iniciación de las relaciones sexuales fue de 15 años y para el número de compañeros sexuales fue de 1.

El madresolterismo obedece especialmente a las circunstancias de tipo económico que obstaculizan la conformación de un hogar independiente, lo cual lleva a la madre adolescente a quedarse en el hogar de los padres, con quienes comparte en gran medida la crianza de sus hijos, incluso se dan casos en los que los abuelos asumen la crianza de los niños en su totalidad. En general, los resultados muestran que las madres adolescentes ven afectadas sus oportunidades en materia educativa y laboral, así como en el plano de satisfacción de las necesidades de afecto y fortalecimiento de autoestima; mientras que sus hijos, quienes implican una responsabilidad adicional, tendrán disminuidas sus posibilidades de supervivencia. (Flores, 2016).

La importancia de esta investigación se basa en conocer la prevalencia del trastorno depresivo, como también lo dice un estudio realizado en Colombia en el 2010, de corte transversal, en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010), el cual se hizo un análisis de los estudios epidemiológicos de los últimos años, los cuales confirman que entre un 8 y un 25 % de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes al parto (1). En América Latina, se ha informado valores de prevalencia medios y altos en algunos países, como Chile 15,3 %, Argentina 12,0 %, Perú 11,0 % y República Dominicana 9,8 % (2). En Colombia, la depresión alcanza hasta un (66 %) de las mujeres en gestación (3), por encima del 46,5 % de las gestantes de Brasil (4), España 11% (1) o 30,7 % de México (5). Según datos de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en 25 135 personas de Colombia (6), el (11,8 %) de la población encuestada mostraba depresión leve y un (4 %) sufría de depresión mayor (moderada o grave). En 1997, Gómez-Restrepo et al. (7) encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo femenino, al igual que entre aquella y la ansiedad, los intentos de suicidio y los antecedentes de problemas mentales en la familia.

En general, las variaciones en las tasas de prevalencia de depresión pueden deberse a características propias de la población (por ejemplo, el origen étnico, la procedencia, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel de escolaridad, estilo de vida, zona geográfica, etc.); a la forma de su estimación (por ejemplo, por entrevista clínica estructurada vs. auto reporte), o simplemente al momento de su evaluación. A nivel biopsicosocial, la falta de apoyo social, los antecedentes de enfermedad mental, la ansiedad prenatal, la baja autoestima, el embarazo no planificado y los sentimientos negativos en relación con el niño, se asocian también al auto reporte de la depresión.

## **Objetivo general**

Describir las prevalencias de depresión a mujeres embarazadas a temprana de la ciudad de Bucaramanga, por medio de la prueba Psicológica Escala De Depresión de Zung (ESD-Z).

## **Objetivos específicos**

Analizar los factores causantes de la prevalencia de depresión de las adolescentes en estado de embarazo en Bucaramanga.

Caracterizar los aspectos sociodemográficos y económicos de las adolescentes en estado de embarazo de la ciudad de Bucaramanga.

Plantear estrategias que permitan la ejecución de programas de prevención enfocados en la prevalencia de la depresión en adolescentes embarazadas.

## **Marco Referencial**

### **Antecedentes Investigativos Internacionales**

En México, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012, se realizó un estudio que cuenta con representativa nacional y estatal con diseños muestra probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. Los datos utilizados en este trabajo provienen de mujeres de 12 a 19 años de edad con información de salud reproductiva, se seleccionaron en total 1790 adolescentes. Al analizar los resultados en las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad se evidencia que el (8.9 millones adolescentes), 20.5% tenía vida sexual activa (1.8 millones) de este porcentaje, 52% habían estado embarazadas alguna vez en su vida, esto indica que el 7.8% estaba cursando su primer embarazo al

momento de la encuesta, también se identifica que las adolescente con al menos un grado aprobado en el nivel medio superior, el promedio fue de 1 hijo, mientras que para las mujeres sin instrucción es de 4.4 hijos; esto identifica que el nivel educativo y socioeconómico influye de manera importante en este indicador.

Por lo tanto, en Argentina, hicieron un estudio sobre el embarazo adolescente y la Dirección De Estadísticas En Salud (2019), fue una investigación donde tuvo un diseño por parte de un diagnóstico exhaustivo, sobre el problema del embarazo en la adolescencia en Argentina y de una revisión comprensiva de la evidencia disponible sobre las consecuencias que tiene la vida de las adolescentes. Igualmente se realizó una revisión de la evidencia internacional para identificar las mejores prácticas de las políticas públicas. Esta investigación fue realizada con toda la población de adolescentes embarazadas de Argentina, donde en el 2017 nacieron 704.609 niños y niñas, de los cuales un 13% (94.079), son hijos o hijas de adolescentes, menores de 20 años y 2.493 son de niñas mayores de 15 años, (DEIS, 2018). Con ellas se concluyó que Argentina registró casi 30.000 nacimientos menos que el 2014.

Con base a los factores de riesgo que Inciden En El embarazo Adolescente Desde La Perspectiva De Estudiantes Embarazadas, realizado por Venegas M, Valles BN (2019). Fue un estudio realizado en el país de Chile. El objetivo de esta investigación es dar a conocer los factores de riesgo que inciden sobre la ocurrencia de embarazos adolescentes desde las perspectivas de estudiantes embarazadas. Esta investigación fue de tipo cuantitativa que se basó en la perspectiva fenomenológica. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a seis estudiantes en estado de embarazo entre 16 y 19 años provenientes de un sector de Chile, debido a la investigación se evidenció que no hubo deserción escolar en las adolescentes,

pero estas adolescentes no Vivian la etapa de la adolescencia de manera similar a sus compañeras que no son madres, ya que se centraban más en el rol de madre y no de hija dependiente del cuidado de sus padres, lo que causaba conflictos internos, generando angustia, miedo y sentimiento de culpa y frustración, modificando así su reacción o respuesta ante situaciones del diario vivir.

Por consiguiente, en México el Embarazo adolescente: es un problema de salud pública, según el Censo de Población y Vivienda de 2010, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de todos los nacimientos registrados en México, el 18.2% son de madres adolescentes menores de 20 años. En Hidalgo, en 2010 el 9.2% de la población femenina entre 12 y 19 años había tenido al menos un hijo registrado vivo de un total de 208,849 mujeres en este grupo de edad. En la entidad en 2011, los nacimientos registrados de madres entre 12 y 19 años según su estado civil, se clasificaron de la siguiente manera: de un total de 11.437, el 67,7% estaban en unión libre y el 15,7% eran madres solteras, mientras que, En 2012, el porcentaje de madres en unión común disminuyó al 65,1%, el porcentaje de madres solteras aumentó al 17,1%. Posteriormente un estudio realizado en el Hospital Obstétrico de la Ciudad de Pachuca Hidalgo, muestra que el 51% de las adolescentes embarazadas inició la vida sexual entre los 15 y 16 años y el 7,9% entre los 12 y 13 años. El 80,4% expresó haber recibido información sobre prevención del embarazo, el 51% la recibió en la escuela y de estos, el 57% no utilizó ningún método anticonceptivo.

Según datos de atención preventiva del Sistema de Morbilidad en Línea (SIMMOW) del Ministerio de Salud de El Salvador, en 2017 se registraron 19.190 embarazos en niñas y adolescentes de 10 a 19 años. Por su parte, la Procuraduría General de la República reportó,

siempre en 2017, más de 2 mil niñas y adolescentes víctimas de violación, cuyos principales perpetradores fueron personas de confianza o conocidas cercanas (80%). Del 40% restante, 8 de cada 10 abandonaron la escuela como consecuencia del embarazo, según el documento titulado: El costo económico del embarazo en niñas y adolescentes, publicado en 2017 por UNFPA El Salvador.

### **Antecedentes Investigativos Nacionales**

El siguiente estudio denominado Depresión y Factores Asociados En Mujeres Adolescentes Embarazadas En Medellín, Colombia, se elaboró por una investigación realizada por (Bonilla y Sepúlveda 2009) donde el objetivo de esta, fue dar a conocer la prevalencia de trastorno depresivo en dos grupos poblacionales de mujeres adolescentes, definir su perfil epidemiológico y su asociación con embarazo. Esta investigación fue un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 125 adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Luz Castro de Gutiérrez en el año 2009 y 125 adolescentes no embarazadas estudiantes del colegio Jorge Eliecer Gaitán de la ciudad de Medellín (Colombia). Los participantes respondieron una encuesta de Zung para el diagnóstico de depresión. Como resultado de esta investigación las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue del 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue de 16,8%. Debido a estos resultados se llegó a la conclusión que la depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en Medellín (Colombia).

Se plantea que el Embarazo Adolescente en el Departamento de Norte De Santander Colombia Una Mirada Desde Factores Psicosociales Para La Intervención Terapéutica. Realizado por Albornoz-Arias (2015). Este estudio tiene en cuenta la fecundidad en la adolescencia desde una aproximación ecológica, determinada por algunos factores distales presentes a nivel individual (Variables socioeconómicas, demografías y psicológicas). Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, que incluyó 6.435 mujeres con edades entre 10 y 19 años de edad, (criterio utilizado por el fondo de población de las naciones unidas, se desarrolló con diseño muestral de 406 mujeres, para lo cual se creó una encuesta estructurada aplicada a la muestra independiente, no probabilística, intencional y el cuestionario se tituló: maternidad adolescente en el departamento norte de Santander. De acuerdo a la realización de la encuesta, se da evidencia que las adolescentes embarazadas, presenta una asociación moderada con el nivel educativo y con la situación de pareja.

De las investigaciones anteriores en el municipio de Buenaventura Colombia, (Carvajal Barona, Rocío (2007), investigaron acerca de los Factores Asociados Al Embarazo Adolescentes De 13 A 19 Años, Donde el objetivo de los autores fue identificar factores individuales e interpersonales, relacionados con el embarazo adolescente entre 13 y 19 años de edad, con inicio de vida sexual, escolarizada y residentes del Municipio De Buenaventura. El componente cualitativo, lo constituyo un estudio de cohorte prospectiva fija, en la cual participaron en una encuesta estructurada cara a cara 300 adolescentes las cuales habían

iniciado su vida sexual no casada (ni en convivencia con parejas), escolarizadas y residentes en el área urbana de Buenaventura. Debido a la realización de este estudio se concluye que de las 300 adolescentes el 10 % no pudo seguir con el proceso, los resultados principales de la investigación muestran que variables relacionadas con el uso de servicios de salud, percepción social, influencia de pares, autoeficacia específica y consumo de alcohol están positivamente asociadas con el embarazo adolescente de 13 a 19 años de edad escolarizadas residentes de área urbana de Buenaventura.

### **Antecedentes Investigativos Locales**

Se hace necesario resaltar que, en la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga, SSAB, sostienen que, según las cifras oficiales hasta 2016 en cuanto a madres adolescentes, en Santander se pasó del 21% de embarazos en adolescentes en 2011 a 18% en 2016 y en Bucaramanga de 19% (2011) a 15% (2016). “El 15% de embarazo en menores de 19 años, es la meta referente para todos los territorios en Colombia, sin embargo, en Bucaramanga queremos que haya cero tolerancias a eso, especialmente en menores de 14 años, y seguir el descenso en estas cifras”, aseguró Paola Andrea Soto Grimaldos, referente de derechos sexuales y reproductivos de SSAB.

Los análisis previos en la página Web de Observatorio Digital Municipal de Bucaramanga (con base en el RUAF, Registro Único de Afiliados, al sistema de salud



nacional en la ciudad, en que se discrimina el módulo de nacimientos y defunciones), muestran tendencias de comportamiento que ameritan la atención de las autoridades.

Para 2016 el registro muestra que hubo un total 6.395 nacimientos en la ciudad, de los cuales 732 fueron en menores de edad, siendo la Comuna 1, los más afectados con 179 casos, seguidos de la Comuna 2 con 54 y la Comuna 3 con 50 nacimientos. Para 2017, los nacimientos en madres adolescentes aumentaron 779 casos, reportando 188 en la Comuna 1, seguida de la Comuna 4 con 63 y Comuna 3 con 55 de los mismos nacimientos. Y en 2018, hasta el 31 de marzo de 2018, van 146 nacimientos en mujeres menores, siendo 34 en la Comuna 1, la Comuna 9 Occidental con 9 y la Comuna 17 con 7 de esos nacimientos. Tendencia que, según los analistas del área de epidemiología de la SSAB, podría redundar en unos 790 u 800 nacimientos en las mismas características para final de año.

En relación con los embarazos adolescentes, en el Área Metropolitana de Bucaramanga, (AMB), en el 2016, se concentra más de la mitad de la población del departamento, alrededor del 54.3%, con una distribución básicamente equilibrada entre hombres y mujeres. La tasa de fecundidad en adolescentes para el año 2013 fue de 67,7 por mil en el AMB, un poco más baja que en el país que reportó 70.2. Existen diferencias altas entre los municipios que conforman el Área Metropolitana, mientras en el municipio de Bucaramanga sobrepasa el promedio nacional, 76.6, en los municipios de Piedecuesta,

Floridablanca y Girón estuvo por debajo del promedio nacional con 56.8, 61.1 y 61.3 adolescentes embarazadas por cada 100 mujeres entre los 15 y 19 años respectivamente<sup>14</sup>.

## **Marco Conceptual**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2020 dice que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

El siguiente autor (Verbeek et al., (2015), explica que los acontecimientos de vida son fuertes predictores de la depresión y son más recurrentes en poblaciones de nivel socioeconómico bajo. La relación entre sucesos de vida tanto en el ámbito familiar, social y escolar que viven los adolescentes y los síntomas depresivos se ha reportado en investigaciones previas según estos autores (Veytia, González-Arratia, Andrade, & Oudhof, 2012).

Habitualmente, la depresión se plantea desde la teoría cognitiva, la cual tiene relación con el estilo cognitivo negativo y los síntomas depresivos, sin embargo, en algunas investigaciones en adolescentes demuestran que el estilo cognitivo negativo y los síntomas de depresión no son significativos cuando no se consideran sucesos<sup>1</sup> de vida estresantes como lo explica (Kindt, Kleinjan, Janssens, & Scholte, 2015).

Se ha descrito que entre los adolescentes la prevalencia de depresión se presenta como un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés, aunque en los adolescentes se puede manifestar de otras formas, como irritabilidad, cambio de apetito o peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración y de culpa. Hay información científica que muestra una mayor prevalencia de depresión entre las adolescentes embarazadas (del 17.9%) que alcanza una frecuencia del 40,1 % en aquellas con embarazos no planeados y complicaciones del embarazo, como también una frecuencia 7,1% de depresión posparto. (Sepúlveda, 2015).

Se considera que uno de los problemas principales de salud pública en la actualidad, trae un problema propio, el cual viene consigo graves consecuencias por sus efectos en el comportamiento y por la presencia de ideas de suicidio entre quienes la sufren (Ferrel, Celis & Hernandez, 2011).

## **Tipos y Síntomas**

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan. (OMS, 2020)

### **Trastorno Depresivo Mayor**

Se caracteriza por episodios determinados al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el efecto, la

cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas. (DSM-V, 2013). En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. La persona debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. (DSM-V, 2013)

### **Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)**

El trastorno Depresivo persistente (Distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes. En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-V. La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente y tiende a menudo un inicio temprano e insidioso, en la infancia, la adolescencia o en la juventud. (DSM-V, 2013)

### **Trastorno Disfórico Premenstrual**

El trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después. Estos síntomas pueden acompañarse

de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales. (DSM-V, 2013).

### **Trastorno Depresivo Inducido Por Una Sustancia/Medicamento**

Los síntomas depresivos del trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia (p.ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del periodo de intoxicación o de abstinencia. (DSM-V, 2013)

### **Trastorno Depresivo Debido A Otra Afección Médica**

Es un periodo de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica. (DSM-V, 2013)

### **Otro Trastorno Depresivo Especificado**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no

cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. (DSM-V, 2013).

## **Adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes.

La adolescencia es el proceso de transición entre la niñez y adultez, en los cuales incluye cambios muy grandes, tanto en el cuerpo como en la forma en la que se relaciona con el mundo. También se dan cambios físicos, sexuales, sociales y emocionales que ocurren en esta época, estos pueden causar expectativas y ansiedad tanto a los niños como en sus familias. (Allen, FAAP y Helen Waterman, 2019)

También, la OMS (2007) explicó que la adolescencia (10 a 19 años) es una etapa única y formativa. Los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales que se dan en este periodo, incluida la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental. Promover el bienestar

psicológico de los adolescentes y protegerlos de experiencias adversas y factores de riesgo que puedan afectar a su capacidad para desarrollar todo su potencial es esencial tanto para su bienestar durante la adolescencia como para su salud física y mental en la edad adulta.

## **Fases de la adolescencia**

### **Pre-adolescencia**

La preadolescencia va de los 8 a los 11 años, y consiste en la etapa en la que se produce la transición entre la infancia y la adolescencia. Por eso, existe cierta ambigüedad acerca de si esta fase pertenece a la infancia a la adolescencia. Lo que sí es seguro es que, en la mayoría de los casos, la preadolescencia coincide con el inicio de la pubertad. (Torres, 2016)

### **Adolescencia Temprana**

La adolescencia temprana se da entre los 11 a 15 años de edad. Esta fase corresponde a la transición desde la niñez y la adolescencia, en la adolescencia temprana se dan una serie de cambios físicos, cognitivos y sociales, prácticamente pasara a la pubertad con apariencia adultez. (Vicente, 2019)

### **Adolescencia Tardía**

Esta es la tercera y última de las etapas de la adolescencia, y ocurre aproximadamente entre los 15 y los 19 años, las personas que se encuentran en esta

fase suelen mostrar más homogeneidad en sus características que las que se encuentran en la adolescencia temprana, también es cuando finalmente termina el desarrollo físico y sexual. La cual alcanza una maduración psicológica en la que los adolescentes comienzan a preocuparse de una forma más consciente por su futuro. (Ortega,2019)

Es fundamental mencionar el concepto que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012, p. 3) define sobre la sexualidad como un aspecto central del ser humano que involucra el sexo, la identidad y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Pero cuando se piensa que las palabras adolescencia y sexo van juntas, la mayoría de adultos sólo piensa en riesgos como embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual. Se trata de un pensamiento instaurado en la sociedad actual, a veces marcado por unas ideas sobre la sexualidad que no son reales y que llevan a confundir conceptos (Faros, 2013).

### **Embarazo Adolescente**

Se reconoce que el embarazo es un periodo de grandes cambios tanto para la gestante como para la familia. Se ha señalado que el embarazo es un estado de adecuada salud ~ mental y emocional, y se lo ha propuesto como factor protector contra las alteraciones del estado de



ánimo. Sin embargo, para algunas mujeres el periodo del embarazo puede incrementar la vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas como la depresión. Estudios longitudinales prospectivos han encontrado que el embarazo no es un factor protector contra nuevos episodios depresivos o las recaídas en una depresión preexistente. (Martínez y Jácome, 2017).

También se habla acerca de la depresión La depresión postparto es un trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que comienza en cualquier momento durante los dos meses posteriores al parto y cuya duración puede variar de semanas a meses y se describe como un estado depresivo al que acompañan síntomas como lloros, fatiga, pérdida de energía, incomodidad física, problemas de concentración, pérdida de apetito, etc. La depresión postparto en madres adolescentes es un grave problema de salud mental en el que es difícil determinar la prevalencia real pero los estudios consultados indican que las tasas de depresión postparto son mayores en los adolescentes que en los adultos. (Echeverría, 2015).

Los factores de riesgo de depresión en el embarazo se pueden clasificar en biológicos o psicosociales y abarcan desde el antecedente de depresión y trastorno disfórico premenstrual hasta historia de abuso sexual, edad temprana al embarazo, escaso apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar. (Martínez y Jácome, 2017).

Entre los factores de riesgo que influyen en menor proporción, se encuentran el desempleo y el bajo ingreso económico, lo que indica que, aunque el nivel socioeconómico no tiene gran impacto estadístico, puede influir en la aparición de la depresión durante y después del embarazo<sup>23</sup>. La presencia de más de 2 factores aumenta el riesgo de que la gestante padezca un episodio depresivo mayor y sus síntomas tengan mayor impacto en la vida diaria de la paciente. No obstante, factores como el antecedente de aborto, la violencia y la falta de apoyo social son factores independientes cuya única presencia debe alertar a los profesionales de salud sobre un caso probable de depresión gestacional. (Martínez y Jácome, 2017).

### **Marco Legal**

Existen diversas normas en la Constitución Política, que buscan el bienestar de los niños, niñas y adolescentes tales como, la Ley 1098 de 2006, el Decreto 3039 de 2007 y la Ley 1257 de 2008, que pueden ser aplicadas para lograr la reducción del embarazo en la adolescencia. A lo anterior se suma que se han firmado diferentes pactos, conferencias, convenios y convenciones internacionales de los cuales Colombia es estado signatario. Dichas normas tienen como objetivo establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes para de este modo garantizarle el poder ejercer sus derechos y libertades la cual todo debemos tener.

Ley 1098 de 2006, código de infancia y la adolescencia.

Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

Decreto 3039 de 2007.

Este decreto va dirigido a que se cumplan las normas establecidas donde define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial.

La ley 1257 de 2008.

La presente ley tiene por objeto la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.

## **Metodología**

### **Diseño**

Es una investigación cuantitativa, no experimental, y los alcances de la investigación: descriptiva ya que no manipulamos deliberadamente las variables y de tipo transversal porque se recolecta los datos en un solo momento y en tiempo único. Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales (hipótesis) y de estudios previos (teoría). La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente (Creswell, 2013).

### **Participantes**

En esta investigación participaran adolescentes de 10 a 19 años, embarazadas a temprana edad de la ciudad de Bucaramanga. Se incluyen en este estudio mujeres embarazadas a temprana edad de todos los estratos socioeconómicos, estudiantes de primaria, secundaria y pregrado, donde el número de adolescentes que participaron fue 63 mujeres. Como criterio de exclusión tenemos Embarazadas o madres adolescentes que presentaran alguna discapacidad mental, adolescentes que no pertenecieran al área urbana de la ciudad de Bucaramanga y mujeres que no contaran con internet o un celular.

### **Instrumento**

Se utilizará como instrumento la Escala de Síntomas Depresivos de Zung (ESD-Z) es una escala de auto reporte que mide sintomatología depresiva, creada por Zung (1965), en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las

características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. Tiene como objetivo medir de manera cuantitativa la depresión. La escala es útil al emplearse en cualquier tipo de pacientes que muestren síntomas físicos sin ninguna base, ya que puede medir las “depresiones ocultas”, ahorrando tiempo en clínicas y en entrevistas.

Hay 20 ítems en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (Muy pocas veces, algunas veces, muchas veces, casi siempre). El tiempo de aplicación es de 10 a 20 minutos.

El rango de calificación es de 20-80, donde 25-49 equivale rango normal, posteriormente 50-59, ligeramente deprimido, continuando con 60-69, moderadamente deprimido y 70 o más, severamente deprimido.

En Colombia la escala de Zung para la depresión es la más usada porque no es necesario comprar los formatos (no está sujeta a derechos de autor) y es la más conocida, ya que se usó en los primeros estudios nacionales de salud mental por la facilidad al diligenciarla. Validada por Campo-Arias A., Díaz-Martínez L., Rueda Jaimes G., Barros-Bermúdez J (2005), la cual concluyen, así, que la EZ-D es útil como instrumento de tamizaje.

## **Procedimiento**

**Fase inicial:** Se diligenció un cuestionario llamada la Escala de Zung por medio de la plataforma de Google Driver la cual facilito que llegara de forma más rápida el cuestionario a las personas seleccionada para el estudio. Consecutivamente se hizo él envió de los mensajes de texto contactando a las adolescentes para posteriormente establecer una

comunicación donde se habló con cada una y se les brindó instrucciones a cerca de la prueba para que la tramiten de manera correcta.

**Fase de desarrollo:** Una vez fue enviada la prueba por medios digitales, donde se encontraba el consentimiento informado que se le presentó a cada adolescente, para la recolección de los datos necesarios y la autorización para la investigación. Dentro del mismo cuestionario enviado, se explicó a cada adolescente el objetivo de esta investigación. Por último, en esta fase, se realizó la aplicación de la prueba (ESD-Z).

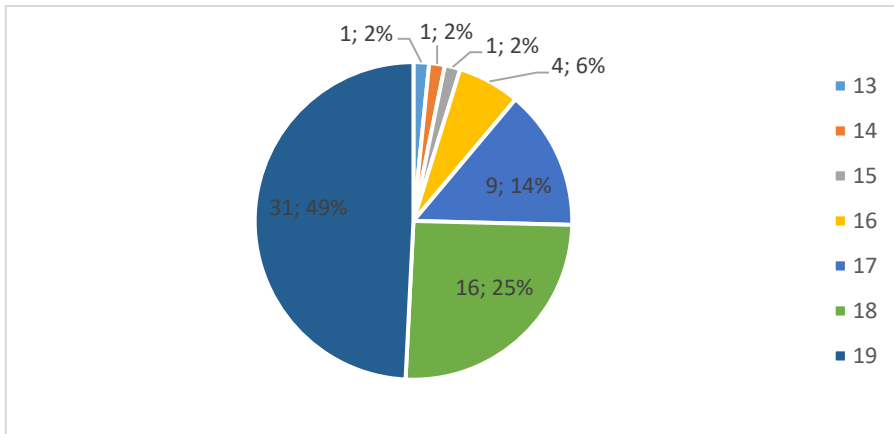
**Fase Final:** Teniendo en cuenta los resultados de las pruebas psicológicas se determinó la Prevalencia de Depresión en las adolescentes embarazadas, y se realizó el respectivo análisis estadístico. Consecutivamente se hizo la revisión de las bases de datos, análisis de datos, discusión y conclusión.

## **Resultados**

### **Datos Sociodemográficos**

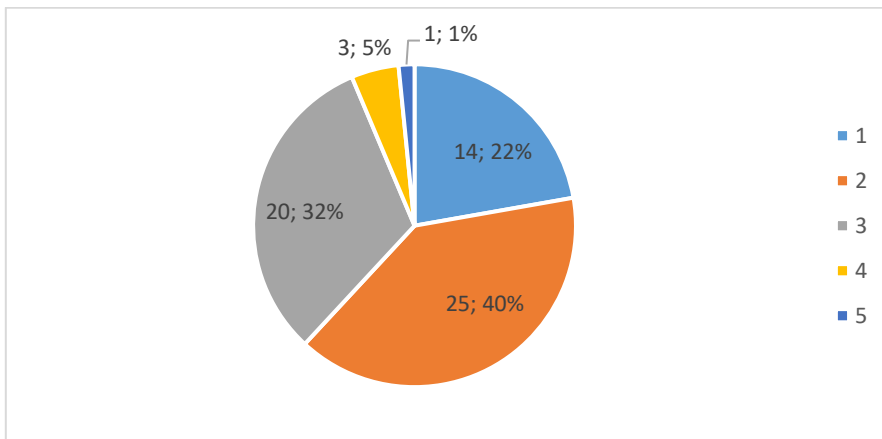
#### **Edad.**

Gráfica 1. La población adolescente embarazada se encuentra en el rango de edades entre los 13 a 19 años de edad. En el rango de 13 a 15 años hay 2%, con edad de 16 años hay 6%, con edad de 17 años se presenta un 14%, con edad de 18 años un 25% y finalmente se encuentra con más población de adolescentes con 19 años en un 49%.



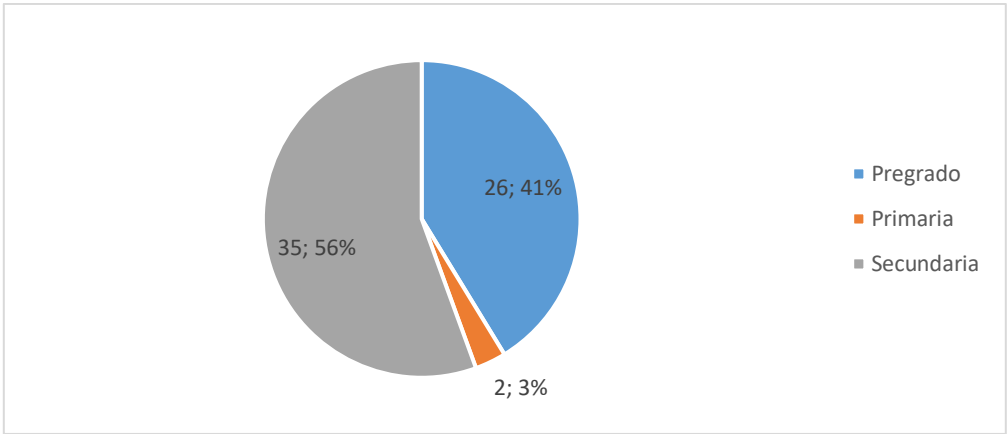
### Estrato

Gráfica 2. Esta población de adolescente son de estratos 1, 2, 3, 4 y 5. En el estrato 5 con un 1%., En el estrato 4 con 5%., En el estrato 1 con 22%., En el estrato 3 con 32% y finalmente se encuentra con mas población de adolescentes en el estrato 2 con un 40%.



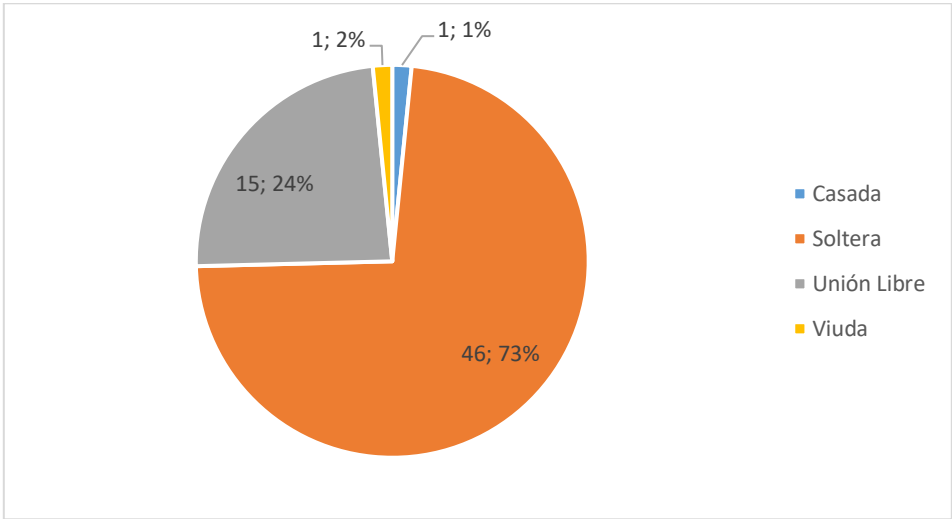
### Escolaridad

Gráfica 3. La población adolescente en estado de embarazo cuenta con un proceso de estudio entre primaria, secundaria y pregrado. En primaria encontramos un 3%., En pregrado un 41%., y finalmente se encuentra con más casos de adolescentes embarazadas en secundaria con un 56%.



**Estado civil**

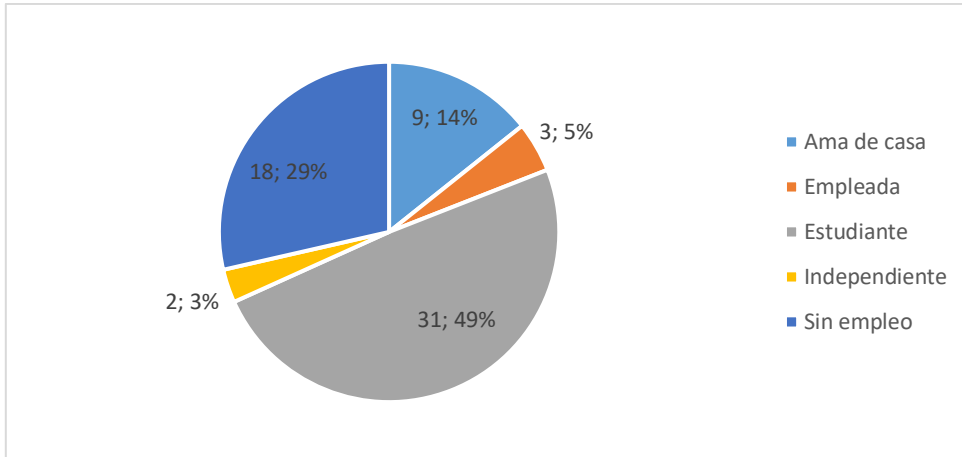
Gráfica 4. El estado civil de la población adolescente es de la siguiente manera. Casada con el 1%, Viuda con el 2%, Unión libre con el 24% y finalmente se encuentra soltera con el 73%.



**Ocupación**

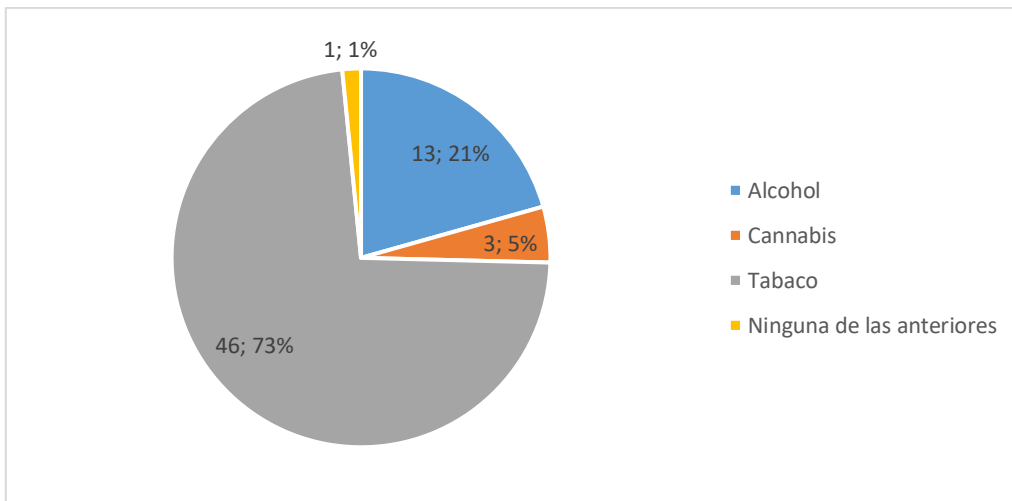
Gráfica 5. La ocupación en las adolescentes embarazadas esta entre ama de casa, empleada, estudiante, independiente o sin empleo. Como independiente con el 3%, Como empleada con el 5%, Como ama de casa con el 14%, Sin empleo con el 29% y con el mayor porcentaje están las estudiantes con un 49%.





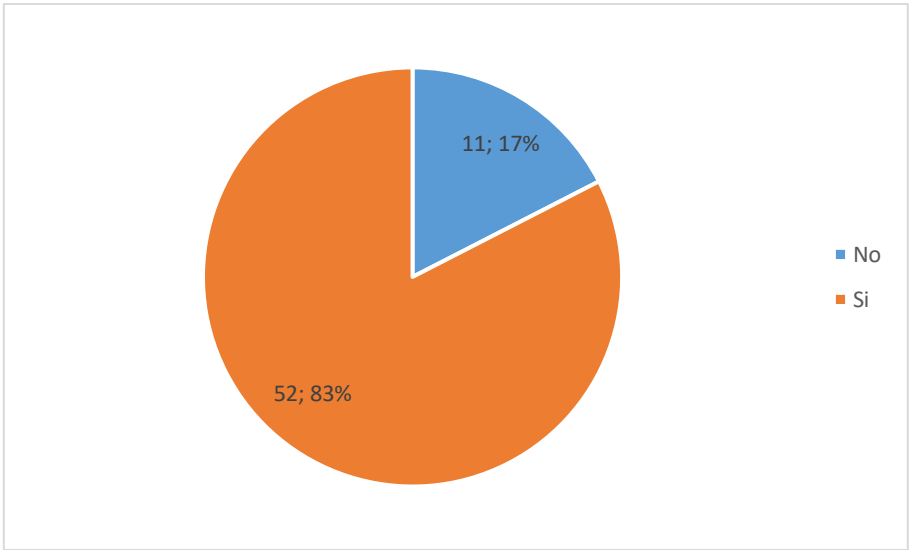
### Consumo de sustancia psicoactiva

Gráfica 6. El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en estado de embarazo varía entre alcohol, tabaco, cannabis o ninguna de las anteriores. Con ninguna de las anteriores encontramos un 1%, consumiendo cannabis un 5%, consumiendo alcohol un 21% y finalmente un 73% consumiendo tabaco.



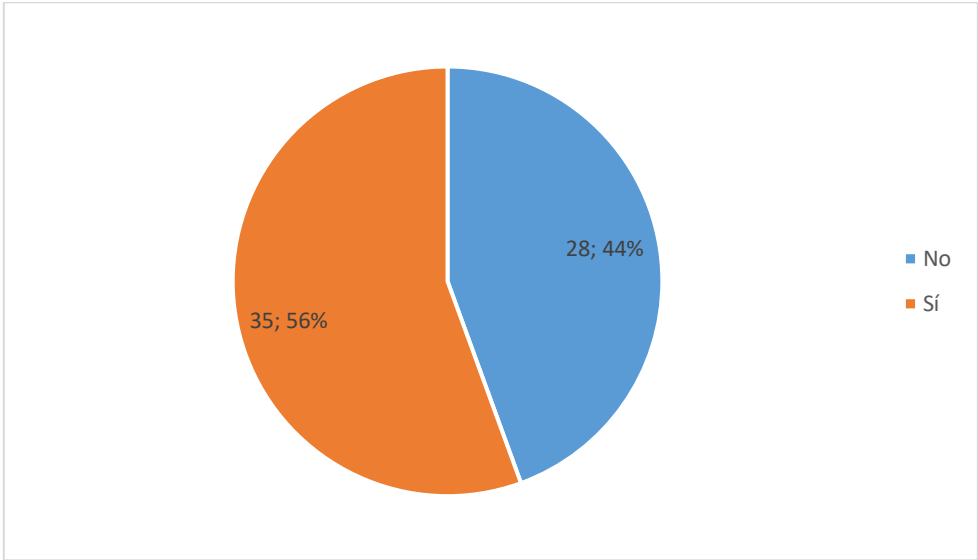
### Conocimiento sobre planificación de las adolescentes.

Gráfica.7. Un 17% de la población adolescente en estado de embarazo no tiene conocimiento alguno sobre planificar., Mientras que el 83% tiene conocimiento as alguno.



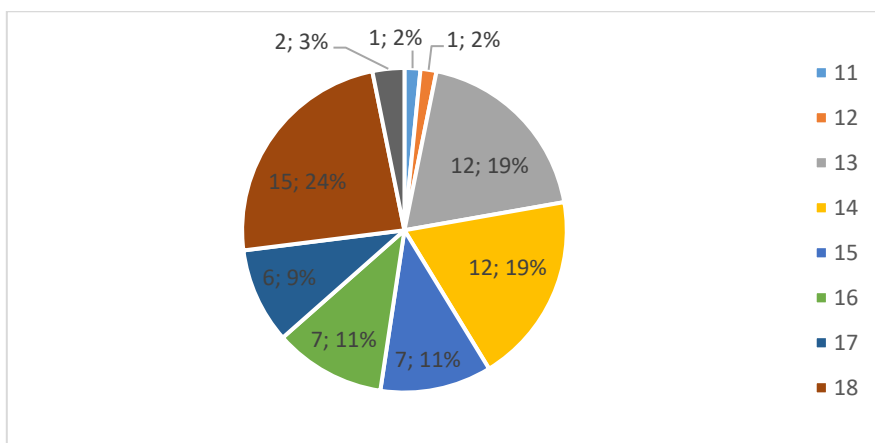
**¿Has planificado?**

Gráfica 8, Con un 56% de adolescentes han planificado y tienen conocimiento sobre la planificación, en cambio 44% no han planificado ni tienen conocimiento de las responsabilidades. alguno sobre la planificación.



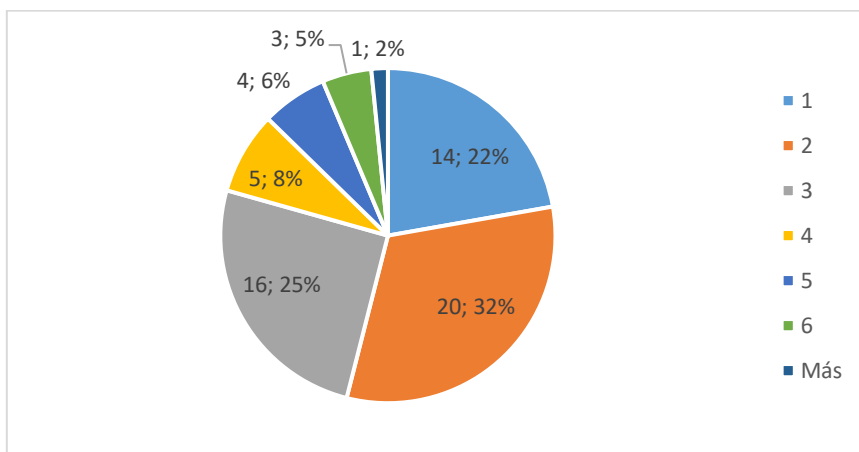
### Inicio de la vida sexual de las mujeres adolescentes.

Gráfica 9. En esta gráfica se cuenta con edades desde los 11 a 19 años de edad, el inicio de vida sexual es de: de 11 años con un 2%, de 12 años con un 2%, de 13 años fue aumentando con un 19%, se muestra el mismo resultado con la edad de 14 años, con 15 años un 11%, desmayé un poco al igual que a los 16 años con un 11%, con 17 años un 9%, con 18 años aumenta el inicio de vida sexual a un 24% y finalmente con 19 años un 3%.



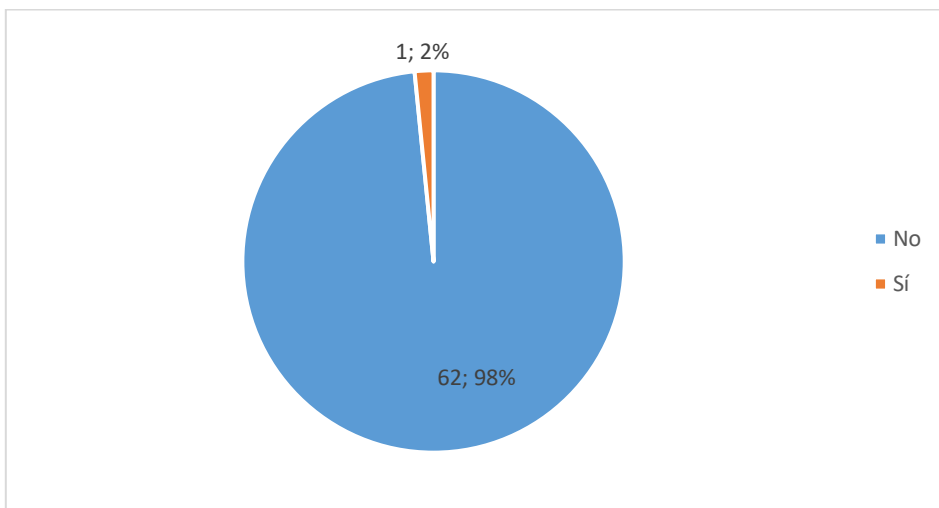
### Numero de compañeros sexuales de las adolescentes.

Gráfica 10. Se muestra que el 22% tuvieron 1 solo compañero sexual, posteriormente el 32% tuvieron 2 compañeros sexuales, así mismo el 25% tuvieron 3, el 8% 4 compañeros el 6% 5 compañeros sexuales, el 5% tuvieron 6 y más el 2%



### Enfermedad de transmisión sexual de las adolescentes.

Gráfica 11. Como se evidencia el 98% de las adolescentes no tienen enfermedad de transmisión sexual y con un 2% contienen enfermedad de transmisión sexual.



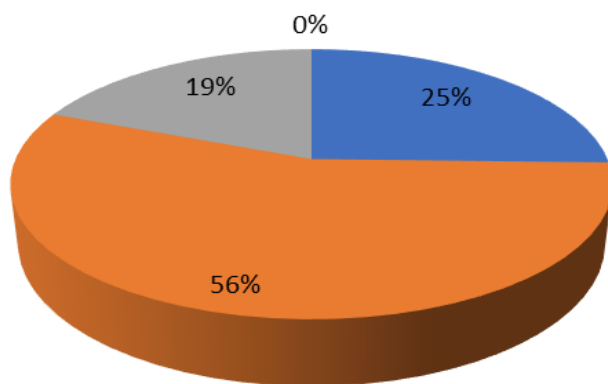
### Analisis

El valor del resultado de cada respuesta corresponde directamente al grado de depresión que demarca dicha pregunta.

---

### Porcentaje total de depresion

■ D. leve ■ D. moderada ■ D. grave ■ ausencia



Se pudo observar mediante los resultados establecidos por la prueba psicológica de Zung, que 16 adolescentes en estado de embarazo presentan Depresión leve en un 25%, asimismo 35 adolescentes en estado de embarazo presentan depresión moderada en un 56% y que más de la mitad de adolescentes en estado de embarazo presentan una depresión moderada, posteriormente se encuentran 12 adolescentes con Depresión grave que equivale a un 19%

## **Discusión**

Los resultados obtenidos en esta investigación, guarda relación con investigaciones realizadas por una Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAUNUT)-México (2012). Donde se evidencia la influencia del nivel de escolaridad sobre el porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas con edades de entre 12 a 19 años. En este estudio, se demuestra que el número de hijos en mujeres sin escolaridad fue mayor (4.4 hijos) en comparación con adolescentes que cursaban el nivel medio superior con apenas 1 hijo. Nuestro estudio demuestra que el mayor porcentaje de mujeres en estado de embarazo se encuentra en adolescentes de secundaria, seguido de mujeres que cursan el pregrado. Esto podría sugerir que muchas de las estudiantes de bachiller no logran ingresar a una educación superior debido al embarazo temprano, llegando incluso a la deserción escolar, así como lo demostró el estudio realizado por dato de atención preventiva del Sistema de Morbilidad de Línea (SIMMOW) del Ministerio de Salud de El Salvador. Reportando que, 8 de cada 10 niñas abandonaron la escuela como consecuencia del embarazo.

Sin embargo, los anteriores resultados contrastan con los obtenidos en un estudio realizado por Venegas M, Valles BN (2019) con estudiantes en estado de embarazo en Chile entre 16 y 19 años de edad. De las cuales no se reportó deserción escolar en la adolescencia. Posiblemente este sea un problema que debe ser estudiado mejor de manera local, ya que

podrían estar influenciando otros factores sociales y económicos sobre la deserción escolar y la posibilidad al acceso a la educación superior.

En Colombia por otra parte, 9 de cada 10 niñas que quedaron en embarazo abandonaron sus estudios, llevándolas a ingresar a trabajos informales y mal remunerados perpetuando y feminizando el círculo de pobreza. ICBF, (2019). Muy similar a lo hallado en nuestro estudio donde apenas el 2,3% de mujeres que labora de forma independiente podría estar generando algún tipo de ingreso, una cifra alarmante si se compara con el 18.29% de mujeres desempleadas que podrían estar en situación de vulnerabilidad y pobreza.

Los resultados de un estudio realizado en el 2010 por medio de la encuesta Nacional de Demografía y Salud. reveló que el porcentaje de mujeres que tiene su primera relación sexual antes de la mayoría de edad creció de 46,2% a 50,3% entre 2005 y 2010, lo cual significa que actualmente una de cada dos mujeres inicia su actividad sexual en la adolescencia. Teniendo en cuenta la investigación realizada por el ICBF en el 2019, el 16% de las mujeres menores de 15 años ya ha iniciado una vida sexual activa. Las mujeres con menor educación inician en promedio a los 15 años, mientras que las de más educación lo hacen a los 18 años. Estos datos nos indican la similitud que tiene con nuestra investigación, ya que el 21% de mujeres entre los 14 años en adelante han iniciado su vida sexual, esto no da a entender que las adolescentes menores de 15 años, tienen poco conocimiento frente a las consecuencias que trae un embarazo a temprana edad, ya que no han recibido una educación completa sobre educación sexual y las prevenciones que se deben tener al iniciar una vida sexual. Aun cuando adolescentes entre los 13 y 18 años reciben educación sexual no es una garantía de prevención en los embarazos a temprana edad. Una encuesta realizada en el Hospital Obstétrico de la Ciudad de Pachuca Hidalgo, demuestra que el 80% de las

adolescentes manifiesta haber recibido información de embarazo, el 51% lo recibió en la escuela y de estos, el 57% no utilizó ningún método anticonceptivo.

Diversas investigaciones en estudios similares han implementado el test de Zung para determinar la prevalencia de trastornos depresivos. Este instrumento ha mostrado una buena validez y confiabilidad en diferentes contextos (Amézquita ME. Et al., 2003) (Lee HC., 1994). En este estudio se logró evidenciar no solo una relación entre nivel de depresión y embarazo, sino que también, han podido evidenciar que existen distintas fuentes sociales, económicas y educativas que pueden influenciar en el estado anímico durante el estado de embarazo en la adolescencia.

Se ha demostrado en diferentes estudios que los embarazos en adolescentes tienen consecuencias en diferentes ámbitos como social, académico, laboral y económico. Sin embargo, la experiencia del embarazo en adolescente trae consigo efectos emocionales adversos como depresión. El cambio de rol de hija cuidada por sus padres a una madre a temprana edad llega a ocasionar conflictos internos generando angustia, miedos y sentimientos de culpa y frustración, modificando así su reacción o respuesta ante situaciones del diario vivir Venegas M, Valles BN (2019).

En el Instituto Tecnológico Superior Riobamba en Ecuador en el periodo de (2009-2010) lograron constatar por medio del test Zung, que entre el promedio adolescentes embarazadas reportaba un nivel de depresión leve, evidenciado de esa forma, sentimientos de tristeza, pérdida, enojo, frustración y miedo, al no saber cómo decirles a sus padres lo que les está sucediendo provocando en ellas que se vuelvan más sensibles, frágiles, inseguras y desvalorizadas. En esta investigación por medio del test Zung logramos obtener que la mitad de las adolescentes encuestadas evidenciaba una depresión moderada.

Bonilla-Sepúlveda (2009) en el hospital Luz Castro de Gutiérrez, mediante la prueba de Zung reporta que, de una población de adolescentes embarazadas y no embarazadas, manifiesta que el 32% las adolescentes embarazadas reportan depresión en comparación con adolescente no embarazadas que apenas alcanza el 16% en este estudio esa misma prueba arroja un 56% de depresión moderada en la población de estudio. Según Sepúlveda (2015) la depresión entre las adolescentes embarazadas alcanza una frecuencia del 40% en aquellas con embarazos no planeados y complicaciones del embarazo, como también una frecuencia 7,1% de depresión posparto. Esto según Ferrel, Celis & Hernández, (2011) se debe considerar un problema de salud pública en la actualidad, ya que trae consigo graves consecuencias por sus efectos en el comportamiento y por la presencia de ideas de suicidio entre quienes la sufren.

Los datos alarmantes en el nivel de depresión reportados por adolescentes embarazadas hacen que hoy día se denomine como un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre, del hijo por nacer y del niño, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad (Noguera N, Alvarado H., 2012).

## **Conclusión**

Se puede observar en los análisis realizados, donde se mostró que la privación económica tiene un impacto considerable en las personas con depresión y está relacionada en gran medida con problemas familiares, abuso de drogas y alcoholismo. Muchos adolescentes de comunidades pobres y oprimidas tienen pocas oportunidades de autoeducación y mejora económica. Por otra parte, cabe señalar que, aunque el embarazo es una etapa extremadamente satisfactoria para muchas mujeres, pero para otras esto puede



significar un período de dolor, depresión y consecuencias que serán complicadas en su vida diaria.

Es importante plantear estrategias para la prevención de depresión en adolescentes embarazadas ya que el embarazo puede traer diferentes cambios físicos y mentales a una edad muy temprana y se vuelven más propensas a la depresión, por ende, se plantea la siguiente propuesta.

### **Estrategia**

**Nombre:** ¡Infórmate, conversa, anímate y has de tu vida una mejor versión de ella ¡

**Dirigido a:** Adolescentes, padres de familia y habitantes de la zona.

**Objetivo General:** Realizar grupo de apoyo orientado a la prevención de depresión y embarazos adolescentes, por medio de técnicas psicosociales, con el propósito de disminuir la depresión en adolescentes en estado de embarazo.

**Participantes:** En este programa participaran 63 adolescentes de 10 a 19 años embarazadas y padres de familia de la ciudad de Bucaramanga.

**Metodología:** Este programa durara aproximadamente 2 a 3 meses, donde se realizarán talleres y actividades con sus respectivas técnicas. Como también es relevante realizar grupos de apoyo para que las embarazadas y madres adolescentes vivencie sus experiencias con otras madres de la misma edad e intenten expresar todo sus sentimientos y formas de pensar relacionados con la nueva etapa de sus vidas a la cual se enfrentan.

De igual forma este programa contara con 12 sesiones y se desarrollara en forma grupal, para que así, pueda haber un impacto positivo en las vidas de las jóvenes.

## REFERENCIAS

Alonso, R.M., Campo, A., González A., Rodríguez. B., y Medina, L. (2005). Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Amézquita ME, González RE, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Rev Col Psiquiatría* 2003;32:341-56

Baeza W, B., Póo F, A.M., Vásquez P, O., Muñoz N, S., y Vallejos V, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región.

Campo Arias, A., Silva Duran, J. L., Meneses Moreno, M., Castillo Suarez, M., & Navarrete Hernandez, P. A. (2004). Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Duclos, G., Laporte, D., y Ross, J. (2011) *La Autoestima en las Adolescentes*. Barcelona, España: Medicina.

Flores-Valencia, Margarita E., Nava-Chapa, Graciela y Arenas-Monreal, Luz. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública* [online]. 2017, v. 19, n. 3 [Accedido 2 Setiembre 2020, pp. 374-378. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903>>. ISSN 0124-0064. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903>.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, MÉXICO. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/WtfhfL>. Consultado el 28 de octubre de 2019.

González Núñez JJ. Adolescencia. En: *Psicopatología de la adolescencia*. México: Editorial El Manual Moderno, 2001. Pág. 1 – 15.

Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA. Health outcomes related to early adolescent depression. *J Adolescent Health* 2007;41:256-62.

Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6: 168–76

Kindt, K. C. M., Kleinjan, M., Janssens, J. M. A., & Scholte, R. H. J. (2015). Cross-lagged associations between adolescents' depressive symptoms and negative cognitive style: the role of negative life events. *Journal of Youth and Adolescence*, 44, 2141-2153. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0308-y>

López Germán. Embarazo en adolescentes. *Revista Profamilia*, 1991; Vol8 (19).  
Hillis S. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 2004; 113 (2): 320-327.

Lee HC, Chiue K, Wing YK, Leung CM, Kwong PK, Chung DWS. The Zung self-rating depression scale: screening for depression among the Hong Kong Chinese elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1994;7:216-20.

Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K, Smiatek-Mazgaj B, Mielimaka M, Sobajnski J, Rutkowski K. Psychotherapy for pregnant women with psychiatric disorders. *Psychiatr Pol*. 2015;49:49-56

Meekers D, Ahmed G. Contemporary patterns of adolescent sexuality in urban Botswana. *J Biosoc Sci* 2000;32:467-85.

Moss N. Behavioral risk for HIV in adolescents. *Acta Paediatr* 1994;400 (Suppl):81-7.

Olivares, R. J., & Méndez, C. F. (2014). Técnicas de modificación de conducta.

Ortiz Serrano, R., Anaya Ortiz, N. I., Sepulveda Rojas, C., Torres Tarazona, S. J., & Camacho Lopez, P. A. (2005).

Radzik M, Séller S, Neinstein LS. Psychosocial development in normal adolescents. In: Neinstein LS. *Adolescent Health Care: A practical guide*. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Rojas I, Dembowski N, Borghero F, González M. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. Santiago: MINSAL, 2014.

Rodríguez, M. Red de Revistas Científicas, Redalyc. Factores de Riesgo para embarazo adolescente. Recuperado el 15 de enero del 2012 En: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1590/159013072007.pdf>

Secretaría de Salud, 2008. Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes. México, D.F.

Secretaría de Salud de Hidalgo. Diagnóstico Sectorial de Salud 2012. Pachuca, Hugo.

sexual en adolescentes escolarizados de Bucaramanga. 100. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Sadock B, Sadock V. *Synopsis of psychiatry*. 9. ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins 2003.

U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). La depresión: Lo que usted debe saber (Publicación de NIH Núm. SP 15-3561). Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office.

<https://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/76-de-madres-adolescentes-de-bucaramanga-tiene-hijos-de-hombres-adultos-DDVL429695>

<https://www.icbf.gov.co/noticias/colombia-redujo-los-nacimientos-en-madres-menores-de-edad>

Venegas M, Valles BN. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21: e109-e119.

Vargas Daza, G. (2007). Caracterización de factores de tipo familiar y socioeconómico relacionados con conductas de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas y actividad

Vera LM, López N, Orozco LC, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Acta Med Colomb 2001; 26:16-23.

Yankura, J., & Dryden, W. (2009). Terapia conductual racional emotiva (rebt): Casos ilustrativos.