



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN
CON EL RIESGO OBSTÉTRICO EN ADOLESCENTES
MEXICANAS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LIC. EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

Lima Sauz Héctor Jesús
No. De cuenta: 306133183

Villazana Gómez Erika
No. De Cuenta: 304182570

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “La consejería en salud
reproductiva de adolescentes embarazadas y su influencia en el
control de riesgos en un hospital de la Ciudad de México:
Un estudio de intervención”
PAPIIT IN 307811 ENEO COMITÉ DE INVESTIGACIÓN No. 054

DIRECTOR DE TESIS
M.C.E. HUGO TAPIA MARTÍNEZ

MÉXICO, D.F. 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darnos la oportunidad de ser Universitarios y acogernos dentro de la maravillosa Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por todas las enseñanzas recibidas en la Licenciatura de Enfermería, con los que se pudo obtener aprendizajes significativos de sus excelentes maestros.

Al proyecto de Investigación “Consejería en Salud Reproductiva (Salud Materna) de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos en un hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención”, por abrirnos las puertas de esta investigación. Al Hospital Público de la Ciudad de México, que decidió permanecer en el anonimato, por sus facilidades otorgadas.

Al M.C.E. Hugo Tapia Martínez, director de esta tesis, por su tiempo, apoyo y enseñanzas. Por confiar en nosotros, por tenernos paciencia, pero sobre todo por sus conocimientos brindados para culminar esta tesis exitosamente.

C. E. Araceli Jimenez Mendoza por darnos la oportunidad de pertenecer a este equipo de investigación. Por ser un gran ejemplo a seguir en nuestra vida profesional.

A nuestros amigos, por permitirnos restarles tiempo de diversión. Por su apoyo y motivación día a día. Por compartir tantas experiencias, desveladas y triunfos y acompañarnos en este nuevo logro.

DEDICATORIAS

Erika

A Dios:

Por darme fuerzas y talento, por darme la vida, por todo lo que tengo y lo que soy, por ser mi guía y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta en mi carrera.

A mi madre:

Es mucho lo que tengo que agradecerte. Sé que estas lejos, pero siempre te siento cerca, por estar siempre pendiente de mis actividades, por ser un ejemplo de lucha y perseverancia. Me enseñaste que la vida no es fácil, pero con esfuerzos se logran las metas. Gracias por las alas que creaste con tus consejos y ejemplo, sé que me llevarán muy alto.... ¡¡GRACIAS!!

A mis hermanas y Alfredo por su apoyo incondicional, por inyectarme energía positiva ¡¡¡TU PUEDES!!! Orgullosa de ser su ejemplo.

Héctor

A mi mami:

Teresita, sabes que estos logros son gracias a esa escultura que has pulido durante 24 años. Gracias por tus desvelos, por tu paciencia, por confiar en mí, por dejarme ser tu brazo derecho, mejor amigo y compañero de aventuras; te amo mamita.

A mi hermano: Por siempre hacerme reír cuando lo necesito, por dejarme ser tu ejemplo, por todo gracias.

A mi papá Jesús, por estar siempre al pendiente de mis actividades, por madrugar conmigo para iluminar mi salida de casa, por estar a mi lado y no dejarme a pesar de las adversidades.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	1
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVO GENERAL	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. HIPÓTESIS	7
5. MARCO TEÓRICO	8
5.1 GENERALIDADES DE LA ADOLESCENCIA	8
5.1.1 Conceptos	8
• Adolescencia	8
• Adolescencia temprana	9
• Adolescencia tardía	11
• Embarazo en la adolescencia	12
5.1.2 Características de la adolescencia	13
5.2 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SU ENTORNO	14
5.2.1 Numeraria del embarazo de adolescentes en México	14
5.2.2 Atención a la salud de la adolescente gestante	16
5.2.3 Aspectos socioculturales en la adolescente gestante	17
5.2.4 Aspectos emocionales	19
• Embarazo en adolescencia temprana	19
• Embarazo en adolescencia tardía	19
• Depresión en la adolescente embarazada	20
5.3 RIESGOS Y DAÑOS EN EL RECIÉN NACIDO Y POSPARTO DE ADOLESCENTES	21
5.4 ENFERMERÍA Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE	24
5.4.1 Intervenciones o acciones	25

5.4.2 Programas y políticas de salud relacionadas con la adolescente gestante	27
6. MATERIAL Y MÉTODOS	29
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
6.2 VARIABLES	29
6.2.1 Variable independiente: aspectos sociodemográficos	29
• Definición conceptual	29
• Indicadores de la variable	29
• Operación de la variable	30
6.2.2 Variable dependiente: riesgos y/o daños	31
• Definición conceptual	31
• Indicadores de la variable	31
• Operación de la variable	32
6.3 POBLACIÓN	33
6.3.1 Tipo de muestra	33
6.3.2 Criterios de Inclusión	33
6.3.3 Criterios de Exclusión	33
6.3.4 Criterios de Eliminación	33
6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
6.4.1 Técnicas	34
6.4.2 Instrumentos	34
6.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
6.6 RECURSOS	38
6.6.1 Humanos	38
6.6.2 Materiales	38
6.6.3 Financieros	38
7. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	39
8. DISCUSIÓN	70
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
10. BIBLIOGRAFÍA	74
11. ANEXOS	77

INTRODUCCIÓN

La idea central de esta investigación radica en demostrar la relación que existe entre los factores sociodemográficos con los riesgos y/o daños en el recién nacido y posparto. Destacando la importancia de la consejería en la salud materna dirigida a este grupo de personas, con la finalidad de controlar sus factores de riesgo y/o complicaciones, en adolescentes que acuden a su control prenatal en un hospital de la Ciudad de México.

En el primer apartado de la presente investigación se plantea el problema de estudio, la justificación, objetivos e hipótesis.

En el segundo apartado abordamos el marco teórico en donde se plasma una búsqueda científica de la adolescencia y sus generalidades, conceptos y las etapas temprana y tardía, así como el embarazo en la adolescencia. Se describe, también el embarazo en la adolescencia y su entorno, la numeralia del embarazo en la adolescencia en México, la atención a la salud de la adolescente gestante, aspectos socioculturales de la adolescente gestante y sus aspectos emocionales en cuanto al embarazo en la adolescencia temprana y tardía, al igual que la depresión en la adolescente gestante. Se continúa con los riesgos y daños en el recién nacido y posparto, además se aborda el papel de la enfermería en el embarazo adolescente, intervenciones, acciones, programas y políticas de salud relacionadas con la adolescente gestante.

En el tercer apartado se describe el material y métodos utilizados, tipo de investigación, las variables independientes y dependientes, el tipo de muestra, así

como criterios de inclusión, exclusión y eliminación, las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos, consideraciones éticas y recursos. Para culminar el presente trabajo se plasma la presentación e interpretación de datos obtenidos a lo largo de esta investigación y se realiza una discusión sobre los resultados alcanzados.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de la existencia de programas, políticas y normas relacionadas con la prevención del embarazo en la adolescencia y la atención de calidad cuando se establece el embarazo en la mujer; aún no se ha impactado en la reducción del número de casos en el país, debido a la falta de difusión y seguimiento de dichos programas. En especial, la atención que brindan los servicios de salud pública se caracteriza de manera general por una atención deshumana a este grupo de población.

Todo el personal de salud puede participar o coparticipar en acciones que ayuden a contribuir con una mejor atención humana a la adolescente gestante, de ahí nuestro interés como Pasantes de Enfermería y becarios, de participar en el proyecto de investigación “Consejería en Salud Reproductiva (Salud Materna) de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos en un hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención”.

Si bien se cuenta con un perfil obstétrico de los sujetos de estudio de ese proyecto el cual abarca las variables sociodemográficas, variables en el embarazo, en el parto, posparto y recién nacido, no se sabe hasta qué punto esas variables sociodemográficas influyeron en los resultados obstétricos.

Específicamente nos llamó la atención la necesidad de conocer más a fondo las variables sociodemográficas y su asociación con los resultados obstétricos en el grupo control del proyecto señalado anteriormente.

El proyecto integra un perfil obstétrico actual de una población representativa de muchas otras de México, tal como lo fueron las adolescentes de la población de Iztapalapa.

Así mismo son casi nulos los estudios realizados sobre riesgos o factores de riesgo realizados por personal de Enfermería que aborden el tema de embarazo en la adolescencia.

Por tanto surge la siguiente pregunta de investigación:

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación de variables sociodemográficas de adolescentes gestantes con los riesgos y daños en el recién nacido y posparto?

2. JUSTIFICACIÓN

Cada año dan a luz unos 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que supone aproximadamente un 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo.¹ La gran mayoría de estos nacimientos se producen en países en desarrollo. Reducir los riesgos del embarazo para las adolescentes debe ser una prioridad clara para los países que se están esforzando para alcanzar los objetivos del milenio, entre ellos México.

¹ Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
Consultado: 14-Julio-2014

Esta investigación se justifica ampliamente porque en ella se estudia la relación entre las variables sociodemográficas y los riesgos en el recién nacido y posparto de mujeres adolescentes. El personal de salud que considere esta relación otorgará una amplia y mejor atención al binomio madre-hijo. De esta forma, las intervenciones de enfermería serán más efectivas porque se realizará una valoración más objetiva al especificar la recopilación de información diferenciada para la adolescencia temprana y la tardía. Se debe considerar que en la adolescencia temprana hay menos número de embarazos pero con mayor riesgo, y en la adolescencia tardía hay más embarazos debido a que ya hubo una búsqueda de identidad y experimentación sexual.

Por lo tanto, los siguientes grupos se beneficiarán con los resultados de esta investigación como:

- El personal de enfermería, al reconocer los factores sociodemográficos que influyen en los daños a la salud en el recién nacido y posparto, y así poder jerarquizar los más importantes y con base en ellos brindar cuidado integral a las adolescentes.
- Los estudiantes y pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, u otros del área de la salud, encontrarán información actualizada sobre las adolescentes gestantes mexicanas y su perfil obstétrico, principalmente los aspectos sociales que influyen en la salud perinatal más que en lo biológico, en el fenómeno de estudio llamado “Embarazo en la adolescencia” y finalmente contribuir a la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

- Los resultados de esta investigación también favorecerán la salud de la adolescente gestante dado que puede reconocer las variables sociodemográficas que influyeron en los riesgos y daños de la salud en el recién nacido y posparto, para controlar su fertilidad.
- Finalmente los resultados de este estudio, de manera colateral, pueden beneficiar a la familia de la adolescente grávida, pues al conocer la relación de factores sociodemográficos y los daños en el recién nacido y posparto, se favorece la importancia del acompañamiento de la familia en el proceso grávido puerperal de la adolescente.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación que existe entre los factores sociodemográficos de adolescentes gestantes que acudieron a su control prenatal en un Hospital Público de la Ciudad de México con los riesgos y/o daños en el recién nacido y posparto.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar las adicciones de adolescentes gestantes y su relación con los daños y riesgos en el recién nacido y posparto.
- Analizar la depresión en adolescentes gestantes y su relación con los daños y riesgos en el recién nacido y posparto.
- Analizar la escolaridad de adolescentes gestantes y su relación con los daños y riesgos en el recién nacido y posparto.
- Analizar la funcionalidad familiar de adolescentes gestantes y su relación con los daños y riesgos en el recién nacido y posparto.
- Analizar la ocupación de adolescentes gestantes y su relación con los daños y riesgos en el recién nacido y posparto.

4. HIPÓTESIS.

Las variables sociodemográficas de adolescentes embarazadas están relacionadas con el riesgo y/o daños en el recién nacido y posparto.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 GENERALIDADES DE LA ADOLESCENCIA.

5.1.1 Conceptos

- Adolescencia

La adolescencia es una de las etapas de vida del ser humano, caracterizada por cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales; en la que las personas transitan de una inmadurez a una madurez como adultos. De esto deriva la Organización Mundial de la Salud, la defina como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica², ya que están presentes muchas de las características de la etapa anterior junto con otras nuevas. Abarca de los 10 a los 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana, de 10 a 14 años y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.

En esta etapa muchos(as) adolescentes, experimentan distanciamiento con sus progenitores y un mayor acercamiento con sus amistades, quienes en un buen porcentaje, suplen las necesidades de información. Aumentando la situación de vulnerabilidad, por eso es importante que los adolescentes reconozcan y ejerzan sus derechos humanos.

² Alicia Risueño e Iris Motta. La adolescencia existe o existen adolescentes: la adolescencia como constructo. Universidad Argentina John F. Kennedy. 2008. Disponible en: <http://www.adolescenza.org/risueno.pdf>
Consultado 17 de Julio de 2014

- Adolescencia temprana

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el periodo que se extiende entre los 10 y 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son muy evidentes y pueden ser motivo de ansiedad así como de su entusiasmo para los individuos, cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se organizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, ocurre antes en las niñas debido a que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se ve reflejado por las tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de estos a

actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.³

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en que los niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a adaptarse a esta etapa de transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libre de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad, dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz, de la violencia y explotación sexual. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y bienestar.⁴

³ UNICEF. Punto de Mira: La adolescencia temprana y tardía. [en línea] [consultado 8 de Julio de 2014] Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

⁴ Armendáriz OAM, Mendel PBY. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes, [en línea] Consultado 7 de Julio de 2014] Disponible en: http://www.uach.mx/extencion_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf

- Adolescencia tardía.

La adolescencia tardía comprende entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.⁵

En la adolescencia tardía las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las adolescentes tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y

⁵ Dulanto GE. El adolescente, Mc Graw-Hill Interamericana. México 2000.

cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.⁶

- Embarazo en la adolescencia.

El embarazo adolescente puede definirse como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarquía) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.⁷

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, por lo que se considera un factor de riesgo para la salud en el embarazo y conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social. El embarazo en la adolescencia tiene consecuencias adversas tanto de tipo físico como psicosocial, en especial en la adolescencia temprana, que llevan una dieta inadecuada a su estado y acuden tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal, lo que resulta una dificultad mayor para aceptar la realidad, retraso de la primera visita, desconocimiento del tiempo de gestación, incumplimiento del tratamiento, pasividad, falta de respaldo, depresión y dificultad en la relación asistencial, entre otras cosas.

⁶ Lara AJM. Adolescencia: Cambios físicos y Cognitivos. [en línea] [consultado el 9 de Julio de 2014]
Disponible en: http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf

⁷ Díaz, A; Sugg, C; Valenzuela. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. REV SOGIA 2004; 11(3): 79.

5.1.2 Características de la adolescencia

La adolescencia es un período en la vida de las personas que involucra diversas transformaciones. Dentro de los procesos específicos de esta edad que debe atravesar la adolescente se encuentran:

- La búsqueda de una identidad propia
- La separación psicológica de la familia de origen
- La integración de nuevos impulsos y deseos. La construcción de un proyecto de vida
- La elección de valores
- La definición de la vocación y la inserción laboral
- La construcción de vínculos con personas de la misma edad
- La interacción con figuras adultas alternativas a sus padres, que permitan ampliar la red social en la cual se interactúa.
- La definición de roles sociales
- El desarrollo cognoscitivo que permite pasar de las operaciones concretas hacia las operaciones formales

Una adecuada atención de las adolescentes embarazadas o madres se debe basar en el reconocimiento de estos procesos que permiten comprender mejor las vivencias y necesidades de esta población.⁸

⁸ Seguro Social Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia. [en línea] [consultado 8 de Julio de 2014] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/maternidadfinal.pdf>

5.2 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SU ENTORNO.

5.2.1 Numeraria del embarazo en adolescencia en México.

En el Mundo

Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes en el mundo. El 90% de estos embarazos ocurre en países en vías desarrollo. En 2010 había en el mundo 1,200 millones de personas jóvenes de 15 a 24 años. El 85% de éstas vivían en países en vías de desarrollo y un porcentaje importante de esta población vive en situación de pobreza, alrededor del 45% sobreviven con menos de dos dólares diarios.

En la región de América Latina y el Caribe, a próximamente 50% de las y los adolescentes era sexualmente activos antes de cumplir los 18 años de edad, de ellos, el 65% no usaron una protección anticonceptiva ni contra las infecciones de transmisión sexual en su primera relación sexual⁹.

Las adolescentes embarazadas tienen más propensión de sufrir anemia que las mujeres de más edad y, a menudo, reciben menos cuidados.

Las madres adolescentes que dan a luz antes de cumplir los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres mayores de 20 años y, entre las que tienen menos de 18 años, el riesgo de que el bebé muera

⁹ Centro de Información de las Naciones Unidas Boletín ONU Día Nacional para la Prevención del embarazo no planificado en Adolescentes. [en línea] Consultado en <http://www.cinu.mx/comunicados/2010/09/dia-nacional-para-la-prevencio-1/>

durante su primer año de vida es 60% más alto que en el caso de un bebé nacido de una madre mayor de 19 años¹⁰.

En México

En 2011, nacieron en México 472,987 niñas y niños cuyas madres eran menores de 19 años; de ellas, 11,521 tenían menos de 15 años. Esta cifra implica que prácticamente uno de cada cinco partos en México se registra en esos grupos de edad. Según el INEGI, los estados con mayor porcentaje de embarazos adolescentes son: Chihuahua, Coahuila, Durango, Nayarit, Sonora y Sinaloa. Es de destacarse que entre la población femenina adolescente, el 25% no tiene acceso a métodos anticonceptivos, mientras que para el resto de las mujeres el no acceso es de 12.4% (INEGI,2011).

A pesar de lo anterior, cuando el embarazo no es producto de una decisión libre e informada puede generar consecuencias graves para los progenitores, y en particular para las mujeres, quienes enfrentan desde procesos de estigma y discriminación, hasta un alto riesgo de muerte a consecuencia del parto.

¹⁰ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna neonatal. [En línea] Consultado en <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/report/report.php>

5.2.2 Atención a la salud de la adolescente gestante

La atención integral del embarazo en la adolescencia comprende el abordaje de la situación a nivel individual, familiar y comunitario en los diferentes momentos: gestación, parto, después del parto y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal.

La atención del embarazo en la adolescencia desde los servicios de salud, comprende acciones específicas de detección y captación temprana de las adolescentes embarazadas para brindarles una atención prenatal en forma sistemática y según las normas institucionales. Esto significa ofrecerles una adecuada atención al parto humanizado, una captación temprana posparto y acompañamiento posterior al nacimiento, todo ello basado en una valoración integral de la adolescente y su familia en los diferentes momentos de la atención, al igual que en el trabajo conjunto con otras instituciones que facilite el abordaje integral de las necesidades de esta población¹¹.

Las adolescentes gestantes tienen más riesgos y complicaciones en su salud durante el embarazo y parto así como la de sus hijos que las mujeres adultas¹². En efecto, están más sujetas a complicaciones, como la eclampsia, anemia, parto prematuro y a tener recién nacidos de bajo peso¹³.

¹¹ Manual de atención integral del embarazo, la maternidad, la paternidad en la adolescencia. Caja costarricense del seguro social. Programa de atención integral a la adolescencia. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/maternidadfinal.pdf> Consultado 17 de Agosto 2014

¹² Sigfrido Valdés Dacal, John Essien, Jessica. Bardales Mitac. Et al. *Embarazo en la Adolescencia Incidencia, Riesgos y Complicaciones*. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.pdf Consultado el 17 de Agosto 2014.

¹³ Organización Panamericana de la Salud. Op. cit. pp. 11

5.2.3 Aspectos socioculturales en la adolescente gestante

Desde la perspectiva sociocultural la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño¹⁴.

La intensidad con que el embarazo repercute en su vida depende de la aceptación o rechazo que reciba, de acuerdo con la cultura y tradición del grupo social al que pertenece, de si hay o no apoyo e involucramiento familiar para la adolescente gestante. Las posibilidades de éxito social de los jóvenes implicados en el embarazo se encuentran en las conductas de protección y en las actitudes de responsabilidad que les ayuden a resolver la situación sin invalidarlos.

Muchas mujeres tienen muy pocas oportunidades en la vida de ser algo más que esposas y madres. Tienen pocas oportunidades de mantenerse en la escuela más allá de la educación primaria y, exceptuando el trabajo doméstico y familiar, ya sea en sus propias casas o en la de otros, tienen muy pocas oportunidades de empleo. En tales casos, la maternidad temprana es prácticamente la única opción

¹⁴Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García P. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2004 [consultado 8 de Agosto de 2014]; 1(1): 135. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100010

disponible y funciona como un puente hacia el reconocimiento social y la edad adulta.

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos humanos, es decir, los que tienen todas las personas por igual. Por eso, todas las personas adolescentes sin importar su edad, sexo, etnia, religión, situación económica, orientación sexual, etc., tienen derechos sexuales y reproductivos. Estos son:

- Derecho a ser una/o misma/o, con libertad para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, a expresar lo que piensa, disfrutar de la sexualidad, estar segura/o de querer casarse o no y de tener una familia.
- Derecho a recibir información sobre sexualidad, anticonceptivos, ITS y VIH/Sida, así como sus derechos sexuales y reproductivos.
- Derecho a estar protegida/o de embarazos no planificados, ITS, VIH/Sida, y de abusos sexuales, explotación y violencia.
- Derecho a tener acceso a servicios de salud confidenciales, de calidad y respetuosos.
- Derecho a promover asociaciones que busquen la promoción de la salud, y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos; así como a tratar de influir en los gobiernos y políticas públicas para darle prioridad a la salud.¹⁵

¹⁵ Departamento de Salud de las Personas. Caja Costarricense de Seguro Social "*La sexualidad y la salud sexual reproductiva de las y los adolescentes con énfasis en prevención de VIH/Sida "módulo de capacitación para adolescentes multiplicadores en salud Costa Rica*". 2005. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualjoven.pdf>. Consultado el 21 de Agosto de 2014

5.2.4 Aspectos emocionales

- Embarazo en adolescencia temprana

En la adolescencia temprana se presenta una incidencia más elevada de trastornos emocionales, comúnmente niegan el embarazo, centrando su atención en el propio cuerpo, el cual se verá impactado por los cambios que éste le impone a los propios de la pubertad. No se puede pretender que la adolescente gestante se comporte como adulta porque va a ser madre, pretender esto es contraproducente para su bienestar biopsicosocial.

En esta etapa se afianza su identidad femenina, compite con su propia madre, hay variación de los estados anímicos, por lo cual el embarazo en un mismo día puede significar una amenaza o una condición que le brinde madurez y oportunidades. Es muy frecuente ver que se sientan autosuficientes para llevar a cabo la crianza por sus propios medios.

- Embarazo en adolescencia tardía

En la adolescencia tardía el embarazo y tema de relaciones interpersonales, es un intento por consolidar la intimidad y la búsqueda de una estabilidad afectiva, buscando con su pareja lograrlo, tomando el papel de madre joven, en algunos casos esto está estrechamente ligado a factores culturales. Existen diversas situaciones en donde algunas adolescentes en esta etapa buscan llenar vacíos dejados por carencias afectivas.

- Depresión en la adolescente embarazada.

Para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa muy positiva, mientras que para otras puede significar un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según Polaino-Lorente (1995)¹⁶, 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé. Se estima que la mitad de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollan depresión posparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante dicho periodo¹⁷.

Los factores causantes de la depresión en el embarazo pueden ser diversos, y entre ellos se incluyen los cambios hormonales, los antecedentes personales o familiares de depresión, los problemas de pareja, las complicaciones del embarazo y las situaciones estresantes¹⁸.

El embarazo no planeado en un adolescente puede repercutir sobre su esfera social, interrumpe el proyecto educativo y genera la necesidad de trabajar, todo lo cual se refleja en su situación económica que posiblemente desencadenen problemas psicológicos y psiquiátricos.

¹⁶ Polaino-Lorente, A. (1995). Embarazo y maternidad en la adolescencia. Madrid: RIALP.

¹⁷ Goldman, H. Psiquiatría general. México: El Manual Moderno. 2008

¹⁸ Vázquez, S., Bocanegra, P., Eslava, V., y Carrillo, D. (2006). Mujeres, violencia y desigualdad: es-tigma, riesgos y consecuencias del embarazo adolescente (perspectivas transdisciplinarias). México: Instituto Nacional de las Mujeres/ Fundación de Apoyo de la Juventud/IAP.

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 auto cuidado de la salud.¹⁹

5.3 RIESGOS Y DAÑOS EN EL RECIÉN NACIDO Y POSPARTO DE ADOLESCENTES

El termino riesgo significa la probabilidad de sufrir un daño a la salud. Los factores de riesgo son aquellas características o atributos detectables en un individuo, en una familia e incluso en una comunidad que determinan la aparición de daños a la salud²⁰.

Los factores de riesgo son evaluados por medio de sistemas que utilizan puntuaciones, abreviaturas o colores durante la consulta prenatal; permiten clasificar a las embarazadas en dos o tres grupos las que tienen bajo, medio o alto riesgo y referirlas al segundo o tercer nivel de atención cuando existen factores de riesgo. Por esa razón es importante que el personal de salud los considere a la hora de realizar su valoración.

En este apartado se describen los principales factores de riesgo que se presentan en el recién nacido y posparto.

¹⁹ Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, Taylor AW. Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2004;39:293-8.

²⁰ OPS Salud Reproductiva: *Concepto e Importancia* No. 39 Cáp. Definición y Concepto Salud. 2000. Reproductiva. p 5

- En el recién nacido

El *trabajo de parto* consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se dilate y ocurra su adelgazamiento, para permitir que el feto pase por el canal de parto. El trabajo de parto suele comenzar dos semanas antes o después de la fecha probable de parto.

Se llama operación por *cesárea* al procedimiento quirúrgico por medio del cual se hace nacer al producto a través de una incisión abdominal y uterina. Este es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos que se conocen. Se recurre a este procedimiento cuando los médicos consideran que es más seguro que el parto vaginal para la madre, el bebé o ambos

Bajo peso al nacer. Se considera que un feto es pequeño para la edad gestacional si su peso es igual o menor al 10^o percentil. El neonato de bajo peso al nacer también se describe como una restricción del crecimiento intrauterino debido a factores maternos, factores placentarios o trastornos fetales. Los principales factores de riesgo para un lactante pequeño para la edad gestacional incluyen: tabaquismo, adicciones durante el embarazo, múltiples gestaciones, hipertensión gestacional, desnutrición materna, enfermedad o infección.

El mayor riesgo de bajo peso al nacer es uno de los aspectos médicos más importantes del embarazo en la adolescencia. Al considerar este riesgo neonatal, es importante reconocer que las observaciones realizadas en estudios ajustados para factores socioeconómicos y cuidados prenatales indican que el porcentaje de bajo peso al nacer y las tasas de mortalidad infantil son bastante similares para los

niños de madres adultas y adolescentes. En apariencia existe conexión entre peso bajo al nacer y otras secuelas: epilepsia, parálisis cerebral, retraso mental, diversas incapacidades de aprendizaje y mayor riesgo de sordera y ceguera.

El *sufrimiento fetal* se produce debido a una alteración en el intercambio de oxígeno entre el feto y su madre a través de la placenta. Los médicos hablan de sufrimiento fetal cuando ven, a través del monitor, que la frecuencia cardíaca del feto se altera durante el seguimiento del parto. Cuando un médico sospecha la existencia de la pérdida del bienestar fetal, se toman medidas como, que la madre cambie de postura o brindarle apoyo con oxígeno, pero si no hay resultados favorables entonces se extrae lo antes posible al bebé. Las causas que pueden producir una alteración en el intercambio de oxígeno entre el feto y su madre pueden ser maternas, fetales, placentarias, funiculares (cordón umbilical) y uterinas.

- En el posparto

La *lactancia materna* es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.²¹

El *edema* es una enfermedad inflamatoria pélvica debida a una congestión circulatoria por la lentitud cada vez mayor del flujo venoso de retorno en miembros pélvicos.

La *hipertensión*, junto a las hemorragias y las infecciones, es considerada una de las principales causas de morbilidad durante el puerperio; presentando un elevado riesgo de muerte entre las primeras 24 horas y la primera semana posparto.²² La mayoría de las puérperas hipertensas egresan en los primeros días después del parto, debiendo continuar su atención en el nivel primario de salud.

5.4 ENFERMERÍA Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

Además de llevar el control prenatal, la adolescente requiere de un espacio propio y de una persona capacitada en consejería en salud materna, la cual implica una interacción estructurada entre la enfermera y la adolescente quien recibe voluntariamente apoyo emocional y orientación en un ambiente ideal para compartir abiertamente pensamientos, sentimientos y percepciones, donde existe

²¹ Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
Consultado:13 Julio-2014

²² Morales de RVB. Seguimiento de las pacientes con Hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio. Trabajo de grado. Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado" Barquisimeto; 2001. Disponible en:http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TWQ240B332001.pdf

una comunicación bidireccional entre la mujer y el personal de salud multidisciplinario.

5.4.1 Intervenciones o acciones.

Las estrategias de intervención que pueden ayudar a los adolescentes en su comportamiento sexual incluyen confrontar a los adolescentes y hacerlos conscientes de que pueden elegir o controlar los comportamientos riesgosos; restablecer su sensación de control para ayudarles a tomar las decisiones adecuadas; inculcarles preocupación por el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual para fomentar el uso del condón o la abstinencia y cambiar el diálogo de consecuencias negativas a una exposición de ideas positivas sobre el sexo seguro, asumiendo una actitud responsable, madura y libre de preocupaciones.

El personal de Enfermería puede canalizar a los padres jóvenes a programas educativos o de asesoría para adolescentes gestantes o impartir por sí mismo la consejería. La consejería orientada a la adolescente gestante, es el proceso en el cual la enfermera informa y orienta a tomar decisiones personales relacionadas con la atención de su embarazo, brindando información amplia y veraz, desarrollada en base a las necesidades de la adolescente. La consejería facilita un aprendizaje integral, mediante la escucha atenta, el dialogo cálido y abierto a la expresión de necesidades biopsicosociales; lo que es de suma importancia por los cambios experimentados en este período..

El objetivo es acompañar a la adolescente durante su embarazo. Para tal efecto se requiere: empoderarlas por medio del reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos para favorecer la toma de decisiones sobre su sexualidad, cuidado perinatal y apoyo moral, espiritual y biológico; informarle sobre los métodos de planificación familiar más apropiados para ella y su pareja, con el propósito de retrasar lo más que sea posible un segundo embarazo; abordar las implicaciones y riesgos del embarazo y; el aislamiento o rechazo familiar y social. Es decir, que las adolescentes vivan esta etapa de una manera satisfactoria y placentera, como derecho humano; y no como un problema en su vida. Por eso es indispensable reconocer las características de un consejero en salud reproductiva para que los profesionales de la salud que se involucren, como las enfermeras y puedan implementar sus intervenciones de manera efectiva.

Por esta razón, además de llevar el control prenatal, requieren de un espacio propio y de una persona entrenada en consejería en salud materna, la cual implica una interacción estructurada entre una persona que recibe voluntariamente apoyo emocional y orientación y otra persona capacitada, en un ambiente que se presta para compartir abiertamente pensamientos, sentimientos y percepciones,²³ donde existe una comunicación bidireccional entre la mujer y el personal de salud capacitado.

En cuanto a la consejería en adolescentes embarazadas, el objetivo es acompañar a la adolescente para que reconozca su conducta sexual y que el

²³ Lucia Velazco Rayas, Rodolfo Gómez Ponce de León, M. Virginia Chambers. *La atención del aborto centrada en la mujer: suplemento especial para Latinoamérica y el Caribe*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas. 2006. Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file321_2891.pdf. Consultado 02 Agosto de 2014.

embarazo pueda ser una posibilidad sustentado en la toma de decisiones sobre su sexualidad y su cuidado²⁴.

5.4.2 Programas y políticas de salud relacionadas con la adolescente gestante.

Art. 4° Constitucional. – Aquí se menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73. El varón y la mujer son iguales ante la ley. La cual protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

En cuanto a los programas y políticas de salud relacionados con la adolescente gestante se promueven principalmente: El programa de acción específico 2007 - 2012 del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el componente Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente refiere que en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, el objetivo es contribuir al

²⁴ El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para la consejería en la atención de adolescentes y jóvenes. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1a.ed, San Salvador, El Salvador. OPS, 2007. Disponible en: <http://www.bvs.edu.sv/adolesc/docs/Documentos%20Adolescentes/CONSEJERIA/CONSEJERIA.pdf>. Consultado 19 de Agosto de 2014.

desarrollo y bienestar de los adolescentes, mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, a través de estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, la superación de inequidades sociales y la promoción y respeto del ejercicio de sus derechos humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos.

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) se desarrolla a partir de dos vertientes principales: atención a la salud y promoción de la salud. Uno de sus componentes son los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), estrategia que consiste en la formación de adolescentes como promotores de salud en las unidades de salud.

Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). Este organismo cuenta con diversas acciones como apoyo telefónico y de manera coordinada con otras dependencias federales, campañas a favor de los jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente. También cuenta con el Programa Espacios Poder Joven, que consiste en la instalación de centros de atención integral para las y los jóvenes.

Además de las medidas, programas y líneas de acción que se encuentran vigentes se cuenta con otras políticas públicas que, aunque no se enfocan de manera específica al cuidado del embarazo en adolescentes en su población atendida, se incluyen las adolescentes gestantes. Algunos programas son: Desayunos Escolares, Apoyo Alimentario, Abasto Rural y programa Liconsa.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio cuantitativo, observacional y analítico de casos y controles.

6.2 VARIABLES

6.2.1 Variable independiente: Aspectos sociodemográficos

- Definición conceptual:

Son el reflejo de las características demográficas de una población²⁵.

- Indicadores de la variable
 - Adicciones.
 - Depresión en el embarazo.
 - Escolaridad.
 - Funcionalidad Familiar.
 - Ocupación.

²⁵ Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas. Factores socio-demográficos. Citado el 1 de Agosto de 2011 Disponible en: <http://www.onsm.gov.co/index.php?Itemid=200> Consultado 1 de Septiembre, 2014.

- Operación de la variable

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	CATEGORIZACIÓN
Adicciones	Cualitativa	Nominal Dicotómica	No Si
Depresión Posparto	Cualitativa	Nominal Dicotómica	No Si
Escolaridad	Cualitativa	Nominal Dicotómica	> 6 años < 6 años
Funcionalidad Familiar	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Normofuncional Disfuncional
Ocupación	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Hogar Fuera de hogar

6.2.2 Variable dependiente: Riesgos y/o daños.

- Definición conceptual:

Daño: Es el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo²⁶.

Para los fines de estudiar el riesgo en esta tesis, se utilizará el término “daño”

- Indicadores de la variable.

DAÑOS EN EL RECIÉN NACIDO

- Nacimiento.
- Peso del producto en gramos.
- Sufrimiento fetal.

DAÑOS EN EL POSPARTO

- Edema.
- Lactancia materna.
- Tensión arterial.

²⁶ E.S.E. Clínica de Maternidad, Rafael Calvo. Protocolo Manejo de Alto Riesgo. Citado: Octubre- diciembre 2009 Disponible en:

http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_MANEJO_ALTO_RIESGO.pdf

Consultado: 1 de Septiembre, 2014

- Operación de la variable

<u>DAÑOS EN EL RECIÉN NACIDO</u>			
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	CATEGORIZACIÓN
Nacimiento	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Parto Cesárea
Peso del producto en gramos	Cuantitativa	Nominal Discontinua	Peso normal Bajo peso
Sufrimiento fetal	Cualitativa	Nominal dicotómica	No Si
<u>DAÑOS EN EL POSPARTO</u>			
Edema	Cualitativa	Nominal dicotómica	No Si
Lactancia materna	Cualitativa	Nominal dicotómica	Lactancia materna Fórmula.
Tensión arterial	Cualitativa	Nominal dicotómica	Normal Hipertensión

6.3 POBLACIÓN

Fue conformada por aproximadamente 500 adolescentes embarazadas que acudieron a su control prenatal a un Hospital Público de la Ciudad de México en el periodo de Septiembre de 2011 a Febrero de 2012.

6.3.1 Tipo de muestra.

Por conveniencia. Se estudiaron 100 adolescentes embarazadas.

6.3.2 Criterios de Inclusión.

- Adolescentes embarazadas (10 a 19 años)
- Con una edad gestacional de 20 – 36.6 semanas de gestación
- Que acudieron a Control Prenatal al Hospital Público de la Ciudad de México

6.3.3 Criterios de Exclusión.

- Mujeres embarazadas de 20 o más años de edad.
- Mujeres con embarazos menores a 20 semanas de gestación.

6.3.4 Criterios de Eliminación.

- Las mujeres que no concluyeron la entrevista y el llenado del instrumento.

6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

6.4.1 Técnicas

OBSERVACIÓN: Por medio de esta técnica se pudo captar la información de los sujetos de estudio durante el análisis de los grupos de población, para identificar, incluir o descartar los riesgos y variables a analizar.

6.4.2 Instrumentos

La recolección de la información se obtuvo de la base de datos del grupo control del proyecto de investigación “La consejería en salud materna de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos, en un Hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención” que midieron el riesgo y/o daño en el posparto y recién nacido; basado en los instrumentos Previgen VI. CIMIGen-ENEO (1995) y Previgen VIII. CIMIGen-ENEO (1995). Anexo B.

Son cédulas de Riesgo durante el embarazo, riesgo en el posparto y del recién nacido, también llamados Previgen. Son instrumentos que miden el riesgo obstétrico en el embarazo, en el parto y recién nacido, están conformados por factores de riesgo, clasificados en bajo, medio y alto; y por los colores verde, amarillo y rojo respectivamente. Se aplicaron los previgenes VI y VIII, que miden el riesgo al inicio y durante el parto; al nacimiento y en el puerperio y conforman 96 reactivos.

Los instrumentos son parte del Sistema de Evaluación de Riesgo reproductivo y Perinatal del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo GEN-ENEO, que permite la evaluación efectiva de factores de riesgo para su eliminación, modificación o disminución de su capacidad de afectar la salud materna y referir oportunamente al nivel de atención subsecuente (segundo y tercer nivel de atención). Desde hace más de 15 años ha sido utilizado para brindar atención materno-infantil en mujeres por enfermeras.

El cuestionario APGAR Familiar, diseñado en 1978 por Smilkstein, explora la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. El APGAR familiar sirve para poner al personal de salud sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Anexo C.

Otro instrumento utilizado es el de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDE Junio de 1987) que evalúa sintomatología depresiva, consta de 10 preguntas y cada una tiene tres opciones de respuesta, con una puntuación de 0 a 3 puntos, que en su totalidad dan un intervalo de 0 a 30; si la puntuación obtenida es igual o mayor a 12 se considera que el sujeto cursa con depresión. El cuestionario es auto-aplicable y se contesta en presencia del aplicador, cuya función es despejar las dudas derivadas del cuestionario. Tiene un alfa de Cronbach de 0.84 y sensibilidad de 0.75. Anexo D.

Cabe mencionar que esta escala muestra probabilidad de depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDE está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Las instrucciones de llenado son: pedir al adolescente que elija la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores a la entrevista, responder a las 10 preguntas y que debe tener cuidado de hablar con otras personas sobre sus respuestas.

Para el análisis de los datos se consideraron únicamente la presencia o ausencia del daño. Es decir, si lo presentan o no lo presentan, por tratarse de una investigación que mide la asociación entre dos variables: aspectos sociodemográficos y su asociación con los daños y/o riesgos en el nacimiento y posparto.

6.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio de comparación se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de la salud (Secretaría de salud, 1988). Y con base en los Principios Éticos señalados en el código de Ética de Enfermería. Reglamento de la Ley General de Salud:

Art. 13. En la investigación se protegió el respeto y dignidad de las personas estudiadas.

Art 17. La investigación no presentó ningún riesgo para las adolescentes gestantes.

Art 20 y 21. A las adolescentes gestantes se les solicitó el consentimiento informado, con una clara y completa explicación acerca del estudio

En relación con los resultados, la investigación se reserva el derecho de publicación de datos de identificación de todas las personas.

Código de Ética de Enfermería: Beneficencia y no maleficencia, Veracidad, Privacidad, Confidencialidad, Tolerancia, Fidelidad.

6.6 RECURSOS

6.6.1 Humanos

Dos tesisistas y un director de tesis

6.6.2 Materiales

Base de datos del grupo control del proyecto de investigación señalado con anterioridad, una computadora, una impresora, fotocopias, hojas de papel, programa SPSS versión 19, bolígrafos, lápices.

6.6.3 Financieros

Los recursos financieros fueron cubiertos por los tesisistas, becarios con apoyo económico del proyecto “Consejería en Salud Reproductiva (Salud Materna) de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos en un hospital de la Ciudad de México: un estudio de intervención”, PAPIIT IN 307811

7. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La muestra final fue de 85 adolescentes gestantes. Se utilizaron tablas de contingencia para presentar la información, mismos que se construyeron con el Paquete Estadístico SPSS 19 que a continuación se describen.

En los cuadros No. 1 – 15 se muestran los daños en el recién nacido.

En los cuadros No. 16 – 35 se mencionan los daños en el posparto.

Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó la razón de momios (odds ratio) cuya fórmula es: $RM = (A \times D) / (B \times C)$ y deriva del cuadro de 2 por 2.

FACTOR DE RIESGO	SI DAÑO	NO DAÑO	TOTAL
EXPUESTOS	A	B	A+B
NO EXPUESTOS	C	D	C+D
TOTAL	A+C	B+D	

Se considera factor protector cuando el resultado es <1 . Cuando es >1 se refiere a daño Hernández (2007)²⁷.

²⁷ Hernández Ávila Mauricio. Epidemiología diseño y análisis de estudios. 1 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.

Cuadro No. 1

Relación de las adicciones en adolescentes gestantes y el tipo de nacimiento.

2014

FACTOR DE RIESGO	Cesárea	Parto	TOTAL
Con adicciones	3	11	14
Sin adicciones	39	32	71
TOTAL	42	43	85

Fuente: Tesis "Aspectos sociodemográficos y su relación con el riesgo obstétrico en adolescentes mexicanas"

RM=0.22

En este cuadro, referente a las adicciones en las adolescentes y el tipo de nacimiento, la RM fue de 0.22 lo cual significa que 2 de cada 100 adolescentes se beneficiarían teniendo a su bebé por parto si se implementan estrategias para eliminar las adicciones en el embarazo.

Cuadro No. 2

Relación de las adicciones en adolescentes gestantes y la presencia de bajo peso al nacer en el producto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Bajo peso	Peso normal	TOTAL
Con adicciones	3	8	11
Sin adicciones	39	35	74
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM=0.33

En relación a las adicciones en las adolescentes y el bajo peso al nacer, la RM fue de 0.33; se observa que 3 de cada 100 adolescentes se pueden beneficiar teniendo un producto de peso normal si se controlan las adicciones en el embarazo.

Cuadro No. 3

Relación de las adicciones en adolescentes gestantes y la presencia de sufrimiento fetal.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con sufrimiento fetal	Sin sufrimiento fetal	TOTAL
Con adicciones	3	4	7
Sin adicciones	39	39	78
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM=0.75

En cuanto a las adicciones en las adolescentes y la presencia de sufrimiento fetal, la RM fue de 0.75; nos dice que 7 de cada 100 adolescentes se pueden ver beneficiadas teniendo su producto sin presentar sufrimiento fetal si se controlan las adicciones en el embarazo.

Cuadro No. 4

Relación de la depresión en adolescentes gestantes y el tipo de nacimiento.

2014

FACTOR DE RIESGO	Cesárea	Parto	TOTAL
Con depresión	6	11	17
Sin depresión	36	32	68
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM=0.48

En la relación de la depresión en las adolescentes y el tipo de nacimiento, la RM fue de 0.48; se encontró que 5 de cada 100 adolescentes podían beneficiarse teniendo a su bebé por parto, con la implementación de estrategias para la detección y control de depresión en el embarazo.

Cuadro No. 5

Relación de la depresión en adolescentes gestantes y la presencia de bajo peso al nacer en el producto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Bajo peso	Peso normal	TOTAL
Con depresión	6	8	14
Sin depresión	36	35	71
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM=0.72

La depresión en las adolescentes en relación con el bajo peso al nacer, tuvo una RM de 0.72; mostrando que 7 de cada 100 adolescentes se pueden favorecer teniendo un producto con peso normal si se realizan estrategias para la detección y control de la depresión en el embarazo.

Cuadro No. 6

Relación de la depresión en adolescentes gestantes y la presencia de sufrimiento fetal.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con sufrimiento fetal	Sin sufrimiento fetal	TOTAL
Con depresión	6	4	10
Sin depresión	36	39	75
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM=1.60

Relacionando la depresión en las adolescentes y la presencia de sufrimiento fetal, la RM fue de 1.60; reveló que los sujetos de estudio con depresión durante el embarazo tuvieron 1.6 veces más probabilidad de presentar sufrimiento fetal en comparación con las adolescentes sin depresión.

Cuadro No. 7

Relación de la escolaridad de las adolescentes gestantes y el tipo de nacimiento.

2014

FACTOR DE RIESGO	Cesárea	Parto	TOTAL
Escolaridad < 6 años.	6	11	17
Escolaridad > 6 años.	37	31	68
TOTAL	43	42	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 0.45

En el **cuadro No. 7**, que muestra la relación de la escolaridad de las adolescentes y el tipo de nacimiento, la RM fue de 0.45; se encontró que 4 de cada 100 adolescentes podrían beneficiarse teniendo a su bebé por parto, si se implementan estrategias para favorecer el nivel de estudios en la población adolescente.

Cuadro No. 8

Relación de la escolaridad de las adolescentes gestantes y la presencia de bajo peso al nacer en el producto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Bajo peso	Peso normal	TOTAL
Escolaridad < 6 años.	6	7	13
Escolaridad > 6 años.	37	35	72
TOTAL	43	42	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 0.81

Con referencia a la escolaridad de las adolescentes y el bajo peso al nacer, la RM fue de 0.81; mostró que 8 de cada 100 adolescentes pueden beneficiarse teniendo un producto de peso normal si se realizan estrategias para favorecer el nivel de estudios en la población adolescente.

Cuadro No. 9

Relación de la escolaridad de las adolescentes gestantes y la presencia de sufrimiento fetal

2014

FACTOR DE RIESGO	Con sufrimiento fetal	Sin sufrimiento fetal	TOTAL
Escolaridad < 6 años.	5	4	9
Escolaridad > 6 años.	37	39	76
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 1.31

Relacionando la escolaridad de las adolescentes y la presencia de sufrimiento fetal, la RM fue de 1.31; lo que reveló que las adolescentes que tienen menos de 6 años de escolaridad tuvieron 1.3 veces más probabilidad de presentar sufrimiento fetal, en comparación con el grupo de adolescentes que tuvieron más de 6 años de escolaridad.

Cuadro No. 10

Relación de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes y el tipo de nacimiento.

2014

FACTOR DE RIESGO	Cesárea	Parto	TOTAL
Familia disfuncional	20	11	31
Familia normofuncional	22	32	54
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 2.64

Representando la relación entre la funcionalidad familiar de las adolescentes y el tipo de nacimiento, la RM fue de 2.64; y se mostró que los sujetos de estudio que viven en una familia disfuncional tuvieron 2.6 veces más probabilidad de presentar nacimiento por cesárea, en comparación con las adolescentes que viven dentro de una familia normofuncional.

Cuadro No. 11

Relación de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes y la presencia de bajo peso al nacer en el producto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Bajo peso	Peso normal	TOTAL
Familia disfuncional	20	8	28
Familia normofuncional	22	35	57
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 3.97

Mostrando la relación entre la funcionalidad familiar de las adolescentes y el bajo peso al nacer, la RM fue de 3.97; demostrando que las adolescentes que viven dentro de una familia disfuncional tuvieron 4 veces más probabilidad de presentar alteraciones en el peso del producto, en comparación con las adolescentes que viven dentro de una familia normofuncional.

Cuadro No. 12

Relación de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes y la presencia de sufrimiento fetal.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con sufrimiento fetal	Sin sufrimiento fetal	TOTAL
Familia disfuncional	21	3	24
Familia normofuncional	22	39	61
TOTAL	43	42	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 12.40

Al presentar la relación entre la funcionalidad familiar de las adolescentes y la presencia de sufrimiento fetal, la RM fue de 12.40; se reveló que las adolescentes que viven dentro de una familia disfuncional tuvieron 12.4 veces más probabilidad de presentar sufrimiento fetal, en comparación con quienes viven dentro de una familia normofuncional.

Cuadro No. 13

Relación de la ocupación de las adolescentes gestantes y el tipo de nacimiento.

2014

FACTOR DE RIESGO	Cesárea	Parto	TOTAL
Fuera de hogar	10	11	21
Hogar	33	31	64
TOTAL	43	42	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 0.85

Al mostrar la relación entre ocupación de las adolescentes y el tipo de nacimiento, la RM fue de 0.85; arrojando que 8 de cada 100 adolescentes pueden favorecerse teniendo a su bebé por parto si se brinda información sobre los riesgos que se tienen al seguir realizando actividades de la vida cotidiana.

Cuadro No. 14

Relación de la ocupación de las adolescentes gestantes y la presencia de bajo peso al nacer en el producto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Bajo peso	Peso normal	TOTAL
Fuera de hogar	10	7	17
Hogar	33	35	68
TOTAL	43	42	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 1.51

En relación a la ocupación de las adolescentes y el bajo peso al nacer, la RM fue de 1.51; y se demostró que las adolescentes cuya ocupación es fuera del hogar tuvieron 1.5 veces más probabilidad de presentar alteraciones en el peso del producto, comparadas con las adolescentes cuya ocupación es dentro del hogar.

Cuadro No. 15

Relación de la ocupación de las adolescentes gestantes y la presencia de sufrimiento fetal.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con sufrimiento fetal	Sin sufrimiento fetal	TOTAL
Fuera de hogar	10	3	13
Hogar	33	39	72
TOTAL	43	42	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 3.93

Presentando la relación entre la ocupación de las adolescentes y la presencia de sufrimiento fetal, la RM fue de 3.93; se muestra que las adolescentes cuya ocupación es fuera del hogar tienen 4 veces más probabilidad de presentar sufrimiento fetal, en comparación con las adolescentes cuya ocupación es dentro del hogar.

Cuadro No. 16

Relación de las adicciones en adolescentes gestantes y la presencia de edema en el posparto

2014

FACTOR DE RIESGO	Con edema	Sin edema	TOTAL
Con adicciones	3	4	7
Sin adicciones	39	39	78
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 0.75

Tratando la relación entre las adicciones en adolescentes y la presencia de edema en el posparto, la RM fue de 0.75; se mostró que 8 de cada 100 adolescentes no presentarían edema en el posparto, si se implementaran estrategias para la eliminación de adicciones en el embarazo.

Cuadro No. 17

Relación de las adicciones en adolescentes gestantes y la ausencia de lactancia materna.

2014

FACTOR DE RIESGO	Sin lactancia materna	Con lactancia materna	TOTAL
Con adicciones	3	5	8
Sin adicciones	40	37	77
TOTAL	43	42	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 0.55

En relación a las adicciones en las adolescentes y la ausencia de lactancia materna, la RM fue de 0.55; y se demuestra que 5 de cada 100 adolescentes se pueden favorecer brindando lactancia materna si se implementan estrategias para el control de adicciones en el embarazo.

Cuadro No. 18

Relación de las adicciones en adolescentes gestantes y la presencia de la hipertensión arterial en el posparto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con hipertensión	Sin hipertensión	TOTAL
Con adicciones	3	2	5
Sin adicciones	39	41	80
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 1.57

Relacionando las adicciones en adolescentes y la presencia de hipertensión arterial en el posparto, la RM fue de 1.57; y se revela que las adolescentes que presentaron adicciones en el embarazo tuvieron 1.5 veces más probabilidad de presentar hipertensión arterial en el posparto, en comparación con el grupo adolescente que no presentó adicciones.

Cuadro No. 19

Relación de la depresión en adolescentes gestantes y la presencia de edema en el posparto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con edema	Sin edema	TOTAL
Con depresión	6	4	10
Sin depresión	36	39	75
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 1.62

En la relación de la depresión en adolescentes y la presencia de edema en el posparto, la RM fue de 1.62; mostrando que las adolescentes con depresión tuvieron 1.6 veces más probabilidad de presentar edema en el posparto, en comparación con el grupo de adolescentes que no presentaron depresión.

Cuadro No. 20

Relación de la depresión en adolescentes gestantes y la ausencia de lactancia materna.

2014

FACTOR DE RIESGO	Sin lactancia materna	Con lactancia materna	TOTAL
Con depresión	6	5	11
Sin depresión	36	38	74
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 1.26

En referencia a la depresión en adolescentes y la ausencia de lactancia materna, la RM fue de 1.26; mostrando que el grupo de estudio con depresión tuvieron 1.2 veces más probabilidad de presentar ausencia en la lactancia materna, en comparación con las adolescentes sin depresión.

Cuadro No. 21

Relación de la depresión en adolescentes gestantes y la presencia de hipertensión arterial en el posparto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con hipertensión	Sin hipertensión	TOTAL
Con depresión	6	2	8
Sin depresión	36	41	77
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 3.41

En relación a depresión en adolescentes y la presencia de hipertensión arterial en el posparto, la RM fue de 3.41; nos dice que las adolescentes con depresión tuvieron 3.4 veces más probabilidad de presentar hipertensión arterial en el posparto, en comparación con el grupo que no presentó depresión.

Cuadro No. 22

Relación de la escolaridad de las adolescentes gestantes y la presencia de edema en el posparto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con edema	Sin edema	TOTAL
Escolaridad < 6 años.	5	4	9
Escolaridad > 6 años.	37	39	76
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 1.31

Mencionando la escolaridad de las adolescentes y su relación con la presencia de edema en el posparto, la RM fue de 1.31; donde se muestra que las adolescentes con una escolaridad menor a 6 años tuvieron 1.3 veces menos probabilidad de presentar edema en el posparto, en comparación con el grupo cuya escolaridad fue mayor a 6 años.

Cuadro No. 23

Relación de la escolaridad de las adolescentes gestantes y la ausencia de lactancia materna.

2014

FACTOR DE RIESGO	Sin lactancia materna	Con lactancia materna	TOTAL
Escolaridad < 6 años.	5	5	10
Escolaridad > 6 años.	37	38	75
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 1

En este cuadro refiere la relación de la escolaridad de las adolescentes y la ausencia de lactancia materna, la RM fue de 1; demostrando que no existe relación entre los años de escolaridad y la ausencia de lactancia materna.

Cuadro No. 24

Relación de la escolaridad de las adolescentes gestantes y la presencia de hipertensión arterial en el posparto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con hipertensión	Sin hipertensión	TOTAL
Escolaridad < 6 años.	5	2	7
Escolaridad > 6 años.	37	41	78
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 2.77

Al mencionar la relación de la escolaridad de las adolescentes y la presencia de hipertensión arterial en el posparto, la RM fue de 2.77; y se demuestra que los sujetos de estudio cuya escolaridad fue menor a 6 años tuvieron 2.8 veces más riesgo de presentar hipertensión arterial en el posparto, en comparación con las adolescentes cuya escolaridad fue mayor a 6 años.

Cuadro No. 25

Relación de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes y la presencia de edema en el posparto

2014

FACTOR DE RIESGO	Con edema	Sin edema	TOTAL
Familia disfuncional	20	4	24
Familia normofuncional	22	39	61
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 8.86

Al relacionar la funcionalidad familiar de las adolescentes y la presencia de edema en el posparto, la RM fue de 8.86; donde se muestra que las adolescentes que viven dentro de una familia disfuncional tuvieron 8.9 veces más probabilidad de presentar edema en el posparto, en comparación quienes viven en una familia normofuncional.

Cuadro No. 26

Relación de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes y la ausencia de lactancia materna.

2014

FACTOR DE RIESGO	Sin lactancia materna	Con lactancia materna	TOTAL
Familia disfuncional	20	6	26
Familia normofuncional	22	37	59
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 5.60

En cuanto a la funcionalidad familiar de las adolescentes y la ausencia de lactancia materna, la RM fue de 5.60; demostrando que quienes viven en una familia disfuncional tuvieron 5.6 veces más probabilidad de presentar ausencia de lactancia materna, en comparación con el grupo de adolescentes que viven en una familia normofuncional.

Cuadro No. 27

Relación de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes y la presencia de hipertensión arterial en el posparto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con hipertensión	Sin hipertensión	TOTAL
Familia disfuncional	20	2	22
Familia normofuncional	22	41	63
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 18.63

Al hablar de la funcionalidad familiar de las adolescentes y su relación con la presencia de hipertensión arterial en el posparto, la RM fue de 18.63; y se revela que las adolescentes que viven dentro de una familia disfuncional tuvieron 18.6 veces más probabilidad de presentar hipertensión arterial en el posparto, en comparación con el grupo adolescente que vive dentro de una familia normofuncional.

Cuadro No. 28

Relación de la ocupación de las adolescentes gestantes y la presencia de edema en el posparto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con edema	Sin edema	TOTAL
Fuera de hogar	10	3	13
Hogar	33	39	72
TOTAL	43	42	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 3.93

En referencia a la ocupación de las adolescentes y su relación con la presencia de edema en el posparto, la RM fue de 3.93; muestra que los sujetos de estudio cuya ocupación se encontró fuera del hogar tuvieron 3.9 veces más probabilidad de presentar edema en el posparto, en comparación con las adolescentes cuya ocupación fue dentro del hogar.

Cuadro No. 29

Relación de la ocupación de las adolescentes gestantes y la ausencia de lactancia materna

2014

FACTOR DE RIESGO	Sin lactancia materna	Con lactancia materna	TOTAL
Fuera de hogar	10	5	15
Hogar	33	37	70
TOTAL	43	42	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 2.24

En cuanto a la relación de la ocupación de las adolescentes y la ausencia de lactancia materna, la RM fue de 2.24; donde se revela que las adolescentes cuya ocupación se encontraba fuera del hogar tuvieron 2.2 veces más probabilidad de no lactar a su hijo, en comparación con el grupo adolescente cuya ocupación fue dentro del hogar.

Cuadro No. 30

Relación de la ocupación de las adolescentes gestantes y la presencia de hipertensión arterial en el posparto.

2014

FACTOR DE RIESGO	Con hipertensión	Sin hipertensión	TOTAL
Fuera de hogar	10	2	12
Hogar	32	41	73
TOTAL	42	43	85

Fuente: Misma del cuadro No. 1

RM= 6.40

Al hablar de la ocupación de las adolescentes y su relación con la presencia de hipertensión arterial en el posparto, la RM fue de 6.40; y se muestra que las adolescentes cuya ocupación fue fuera del hogar tuvieron 6.4 veces más riesgo de presentar hipertensión arterial en el posparto, en comparación con quienes su ocupación era dentro del hogar.

8. DISCUSIÓN

Es de gran interés social el hecho de que se inicie la educación sexual a temprana edad, esto con el fin de que las y los adolescentes adquieran conciencia del riesgo que implica el inicio de la vida sexual a temprana edad y al mismo tiempo se pueda lograr un mejor proyecto de vida.

A pesar de esta necesidad, existe escasa investigación sistemática sobre el efecto del embarazo en la adolescencia, debido a que la mayoría de los programas que se llevan a cabo se enfocan principalmente a la prevención del embarazo, mas no existe algún programa efectivo de apoyo para las adolescentes gestantes.

La mayoría de las investigaciones abordan un panorama amplio de factores de riesgo sociodemográficos, pero no existe evidencia científica de datos estadísticos de población adolescente donde se mencione el gran impacto y repercusiones que tendrán de acuerdo a su cultura con un embarazo a una edad temprana.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se logró comparar la relación entre las adicciones de adolescentes gestantes con los daños en el recién nacido, donde no se registraron daños. En cambio, en el posparto, únicamente se presentó un aumento de probabilidad de presentar hipertensión arterial.

Así mismo, se analizó la depresión en adolescentes gestantes y su relación con los daños en el recién nacido, encontrando que aumenta la probabilidad de sufrimiento fetal. En el posparto, se detectó que la depresión si incrementa la probabilidad de que las adolescentes sufran de edema, ausencia de lactancia materna e hipertensión arterial.

De igual modo, se estudió la relación de la escolaridad y daños en el recién nacido, donde se detectó un crecimiento en la probabilidad de presentar sufrimiento fetal. Mientras que en el posparto se encontró mayor relación con la presencia de edema e hipertensión arterial.

Entre los datos obtenidos en el análisis, se encuentra que la funcionalidad familiar es el único factor de riesgo que aumenta significativamente la probabilidad de presentar los daños en el recién nacido y posparto.

Por último, cuando se tenía una ocupación fuera del hogar se incrementó la probabilidad de que el recién nacido presente bajo peso al nacer y sufrimiento fetal, además de presentar los daños estudiados en el posparto.

Por lo tanto, con estas evidencias, se logró demostrar nuestra hipótesis planteada: sí existe relación entre las variables sociodemográficas de adolescentes embarazadas con los daños en el recién nacido y posparto.

Como profesionales de Enfermería, es necesario brindar educación para contribuir en la disminución del número de embarazos adolescentes, evitando complicaciones de salud física y mental en el recién nacido y la madre adolescente. Por lo anterior nuestras recomendaciones son:

- Estimular la continuidad de la presente investigación, para detectar y controlar los factores de riesgo en las adolescentes y prevenir posibles complicaciones durante y después del embarazo.
- En el ámbito comunitario, se propone brindar consejería sobre salud sexual y reproductiva para el grupo adolescente.
- En el ámbito clínico, implementar la consejería para la planificación familiar de la adolescente, contribuyendo a que reconozca su conducta sexual y que el embarazo pueda ser una posibilidad sustentada en la toma de decisiones sobre su sexualidad y su cuidado.
- Brindar consejería a la adolescente gestante por personal capacitado, en un lugar fuera de la consulta prenatal convencional, con el fin de empoderar y capacitar a la adolescente para exigir una atención humana al personal de salud correspondiente.
- Ampliar temas de derechos sexuales y reproductivos.
- Brindar cuidados de evidencia hacia el final del embarazo y parto.

- Detectar oportunamente y canalizar al especialista a las adolescentes que desarrollen depresión durante el embarazo.
- Un llamado a los líderes de la comunidad para apoyar a las adolescentes gestantes y que no se vean en la necesidad de realizar trabajos forzados.
- Fomentar la participación de la familia en el proceso del embarazo en las adolescentes.
- Implementar servicios especializados para atención de adolescentes que fomenten la prevención del embarazo. Se debe contar con personal capacitado en la atención primaria capaz de prevenir los embarazos inesperados en esta edad, y detectar y resolver los eventos más importantes relacionados con el embarazo.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Armendáriz OAM, Mendel PBY. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes, [en línea] Consultado 7 de Julio de 2014]
Disponible en:
http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf
- Ceballos G.A, Suárez Y, Arenas K, Salcedo N. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. Rev de psicología de la Univ de Antioquia. [Internet] 2014 [citado 28 de Julio 2014]; Vol. 1
- Centro de Información de las Naciones Unidas Boletín ONU. Día Nacional para la Prevención del embarazo no planificado en Adolescentes. [en línea]
Disponible en: en <http://www.cinu.mx/comunicados/2010/09/dia-nacional-para-la-prevencio-1/> Consultado: 13 Julio-2014
- Departamento de Salud de las Personas. "La sexualidad y la salud sexual reproductiva de las y los adolescentes con énfasis en prevención de VIH/Sida "módulo de capacitación para adolescentes multiplicadores en salud. 2005 [en línea]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualjoven.pdf>. Consultado el 21 de Agosto de 2014
- Díaz, A; Sugg, C; Valenzuela. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. REV SOGIA 2004; 11(3): 79
Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/viewFile/19683/167>
- Dulanto GE. El adolescente, Mc Graw-Hill Interamericana. México 2000.
- El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para la consejería en la atención de adolescentes y jóvenes. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1a.ed, San Salvador, El Salvador. OPS, 2007. Disponible en: <http://www.bvs.edu.sv/adolesc/docs/Documentos%20Adolescentes/CONSEJERIA/CONSEJERIA.pdf>. Consultado 19 de Agosto de 2014.
- E.S.E. Clínica de Maternidad, Rafael Calvo. Protocolo Manejo de Alto Riesgo. Octubre- diciembre 2009 Disponible en : http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_MANEJO_ALT_O_RIESGO.pdf Consultado: 1 de Septiembre, 2014
- Factores Socio-demográficos. [en línea] [consultado el 27 de Agosto de 2014]
Disponible en <http://www.onsm.gov.co/index.php?Itemid=200>

- Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, Taylor AW. Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2004;39:293-8.
- Hernández Ávila Mauricio. *Epidemiología diseño y análisis de estudios*. 1 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.
- Lara AJM. *Adolescencia: Cambios físicos y Cognitivos*. [en línea] [consultado el 9 de Julio de 2014] Disponible en: http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf
- López Mora J. Preeclampsia-eclampsia. *Rev Latinoam Hipertensión* [Internet]. 2007 [citado 23 Agosto 2014];2(4):117-27. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=170216979004>
- Lucia Velazco Rayas, Rodolfo Gómez Ponce de León, M. Virginia Chambers. *La atención del aborto centrada en la mujer: suplemento especial para Latinoamérica y el Caribe*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas. 2006. Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file321_2891.pdf. Consultado 02 Agosto 2014.
- Ministerio de Salud y Protección social. *Manual de atención integral del embarazo, la maternidad, la paternidad en la adolescencia*. Caja costarricense del seguro social. Programa de atención integral a la adolescencia. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/maternidadfinal.pdf> Consultado el 17 de Agosto 2014
- Martínez LP, Waysel KR. *Depresión en adolescentes embarazadas*. Enseñanza e investigación psicológica [Internet]. 2009 [citado el 20 de Agosto de 2014]; 14(2): Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29211992004>
- Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García P. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. 2004 [consultado 8 de Agosto de 2014]; 1(1): 135. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100010
- Morales de RVB. *Seguimiento de las pacientes con Hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio*. Trabajo de grado. Universidad Centrooccidental “Lisandro Alvarado” Barquisimeto; 2001. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TWQ240B332001.pdf
- Organización Mundial de la Salud. *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Agosto 2011 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/> Consultado: 20 de Agosto 2014

- Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas. Factores socio-demográficos. Citado el 1 de Agosto de 2011 Disponible en : <http://www.onsm.gov.co/index.php?Itemid=200> Consultado 1 de Septiembre,2014.
- Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia. [en línea] [consultado 8 de Julio de 2014] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/maternidadfinal.pdf>
- Risueño, A. Motta I. La adolescencia existe o existen adolescentes: la adolescencia como constructo. Universidad Argentina John F. Kennedy. 2008. Disponible en: <http://www.adolescenza.org/risueno.pdf> Consultado 17 de Julio 2014
- Polaino-Lorente, A. (1995). Embarazo y maternidad en la adolescencia. Madrid: RIALP.
- Sigfrido Valdés Dacal, John Essien, Jessica. Bardales Mitac. Et al. Embarazo en la Adolescencia Incidencia, Riesgos y Complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.pdf Consultado el 17 de Agosto 2014
- UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna neonatal. [En línea] Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/report/report.php>
- UNICEF. Punto de Mira: La adolescencia temprana y tardía. [en línea] [consultado 8 de Julio de 2014] Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>
- Vázquez, S., Bocanegra, P., Eslava, V., y Carrillo, D. (2006). Mujeres, violencia y desigualdad: estigma, riesgos y consecuencias del embarazo adolescente (perspectivas transdisciplinarias). México: Instituto Nacional de las Mujeres/ Fundación de Apoyo de la Juventud/IAP.

11. ANEXOS

ANEXO A

Carta de Consentimiento Informado

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste un profesional de la salud que pertenece a un equipo de investigación y que llevan a cabo el estudio: *“La consejería en la salud materna de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos, en el Hospital Materno Infantil Ingurán”*, por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, el Hospital Materno-Infantil Ingurán e Ipas México; cuyo fin es considerar que tan efectiva es una intervención referente a consejería en salud materna por enfermería, para controlar factores de riesgo en adolescentes embarazadas que asisten a su vigilancia prenatal en este Hospital. Los resultados de este estudio contribuirán a la disminución de complicaciones en el embarazo, parto, del recién nacido y después del parto en mujeres adolescentes.

Entiendo que seré entrevistada en un cubículo de la Consulta Externa del Hospital en el horario de 7 a 8 AM., me harán preguntas acerca de mi salud, enfermedades que tuviera así como de mi embarazo actual. También entiendo que en la entrevista puede estar la persona que me acompañe o no y que fui elegida junto con aproximadamente 100 adolescentes embarazadas.

Entiendo que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito y que el Maestro Hugo Tapia Martínez, responsable de la investigación, es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio; él puede ser localizado en el teléfono 55 30 81 02 92.

Firma de la entrevistada

Firma del entrevistador

Fecha: _____

ANEXO B

INSTRUMENTO “FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO DE MUJERES ADOLESCENTES”

Proyecto de Investigación: “La consejería en la salud materna de adolescentes embarazadas y su influencia en el control de riesgos, en un Hospital Materno Infantil de la Ciudad de México: un estudio de intervención”.

Objetivo

Obtener información fidedigna por parte de los sujetos de estudio para caracterizar el riesgo obstétrico de las adolescentes gestantes que acuden a su vigilancia prenatal en el Hospital Materno-Infantil Inguarán.

Instrucciones:

El instrumento se divide en tres apartados; el primero consta de preguntas demográficas las cuales se contestarán por medio del interrogatorio directo por el encuestador; el segundo consta de reactivos que valoran el riesgo al inicio del embarazo (Privigen II) y también se obtienen por medio del interrogatorio por el encuestador marcando con una letra B (bajo riesgo, color verde), M (riesgo medio, color amarillo) ó R (alto riesgo, color rojo) en la casilla que corresponda y; el tercer apartado evalúa el riesgo durante las consultas subsecuentes (Previgen III), las respuestas se obtienen por medio de la exploración física por el encuestador o mediante el expediente y anotará de igual forma como en el segundo apartado.

Los datos que no se puedan obtener de la persona por ser difíciles para ella como es el caso de la hemoglobina, tipo de sangre, el peso corporal y el fondo del útero; se conseguirán del expediente.

ENCUESTA “FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO DE MUJERES ADOLESCENTES”

Folio_____

Nombre del Aplicador: _____

Nombre de la Mujer: _____

Dirección: Calle_____ No. Ext._____ No. Int._____

Col._____ CP._____ Delg._____

Entre que calle y calle se encuentra: _____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

1. Edad: _____

2. Ocupación: _____

3. Lugar de nacimiento (origen): _____

4. Residencia: _____

5. Escolaridad en años: _____

6. Persona acompañante: _____

7. Edad: _____

8. Escolaridad: _____

9. Ocupación: _____

10. Edad Gestacional: _____

**INSTRUMENTO “FACTORES DE RIESGO EN EL PARTO PUERPERIO Y
RECIÉN NACIDO DE MUJERES ADOLESCENTES”**

PREVIGEN I V (RIESGO PERINATAL AL INICIO DEL TDP)				B, M o A
01. Riesgo en el Embarazo	 Bajo	 Medio	 Alto	
02. Emotividad Edo. Psicológico	Tranquila	Excitada	Sin control	
Actividad Uterina Contracciones				
03. Frecuencia en 10 minutos	3 a 4	Menos de 3	5 y más	
04. Intensidad	Normal	Baja	Elevada	
05. Duración en segundos	40 a 60	61 a 90	Más de 90	
06. Tono	Normal	Hipotónico	Hipertónico	
07. Dilatación Cervical cm/hora	1-2	3 y más	Estacionaria	
Frecuencia Cardiaca Fetal				
08. Basal	121-150	111-120	110 y menos	
09. Basal		151-160	161 y más	
10. Ritmo	Dip I	Dip Variable	Dip II	
11. Valoración respuesta fetal	Reactiva	No reactiva	Bradycardia	
12. Valoración respuesta fetal		Taquicardia		
13. Pelvis	Útil	Límite o dudosa	Desproporción	
14. Membranas	Integras	Rotas 8 horas y menos	Rotas 9 horas y más	
15. Presentación	Cefálica		Otras	
16. No. De Fetos	Uno		2 y más	
Líquido Amniótico (LA)				
17. Cantidad	Normal	Regular	Polihidramnios	
18. Cantidad			Oligohidramnios	
19. Color	Claro	Verdoso	Verde oscuro	
20. Color		Amarillento	Rojizo	
21. Calidad	Grumoso	Emulsión	Sin grumos	
22. Peso calculado (J. Toshach)	2500-3499	2000-2499	Menos de 2000	
23. Peso calculado (J. Toshach)		3500-3999	4000 y más	
24. Placenta. Inserción	Normal	Baja marginal	Previa	
25. Cordón.	Sin datos	Sospecha	Positivo	

Compresión				
26. Malformaciones	No	Maternas	Fetales	
27. Madre. Complicaciones	No	Controladas	Sin control	
28. Otros. Especifique:				
PREVIGEN V (RIESGO EN LA EVOLUCION DEL TDP)				
29. Riego en el Previgen IV	Bajo	Medio	Alto	
30. Frecuencia Cardiaca Fetal	121-150	111-120	110 y Menos	
31. Frecuencia Cardiaca Fetal		151-160	161 y Más	
32. Valoración de la Respuesta Fetal	Reactivo	No Reactivo	Bradicardia	
33. Valoración de la Respuesta Fetal		Taquicardia		
34. Tono Uterino	Normal	Hipotonía	Hipertonía	
35. Frecuencia en 10 Minutos	2 a 4	Incoordinación	Taquisistolia	
36. Duración en Segundos	40-60	Menos de 40	61 y Más	
37. Dilatación Cervical cm/hora	1-2	3 y más	Estacionaria	
38. Descenso de la Presentación	Normal	Rápida	Difícil	
39. Temperatura GC	36-37	Menos de 36	Más de 37	
40. T/A Sistólica	80-139	140-160	161 y Más	
41. T/A Diastólica	60-90	91-109	110 y Menos	
42. Membranas	Integras	Rotas 8 horas y menos	9 horas y más	
43. Inducción	No	Oxitocina	Oxitocina y otros	
44. Anestesia	No	Regional	General	
45. Utero-Inhibidores	No		Sí	
46. Parto Atendido en:	Cama	Expulsión	Quirófano	
47. Episiotomía	Sí	Desgarros		
48. Fórceps	No	Profiláctico	Indicado	
49. Duración del TP horas	Menos de 6	6-8	9 y Más	
50. Alumbramiento	Espontáneo	Dirigido	Manual	
51. Acretismo	No		Sí	
52. Hemorragia	Normal	Moderada	Excesiva	
53. Otros Especifique:				
PREVIGEN VI (RIESGO PERINATAL AL NACIMIENTO EN EL RECIEN NACIDO)				
54. Riesgo en el Embarazo	Bajo	Medio	Alto	

55. Riesgo en el Parto	Bajo	Medio	Alto	
56. Duración Dilatación	Normal	Muy Rápida	Prolongada	
57. Duración Expulsivo	Normal 1-2 horas	Muy Rápido	Prolongado	
58. Ruptura de Membranas	6 horas y menos	7-12 horas	13 horas y más	
59. Líquido Amniótico	Con grumos	Emulsionado	Sin grumos	
60. Líquido Amniótico	Claro	Sanguinolento	Con sangre	
61. Líquido Amniótico	Claro	Amarillento	Verdoso	
62. LA Cantidad	Normal	Exagerado	Exagerado Aumentado	
63. LA Cantidad			Exagerado Disminuido	
64. Placenta desprendida	No		DPPNI	
65. Placenta Peso	Normal	Aumento	Muy Bajo	
66. Placenta Infartos	No	Aislados	Múltiples	
67. Cordón centímetros	31-60	61 y más	30 y menos	
68. Cordón posición	Normal	Circulas laxa	Circular apretada	
69. Anestesia	No y BPD	Analgesia	General	
70. Parto	Cefálico		Pélvico	
71. Nacimiento	Parto	Fórceps programado	Fórceps Urgente	
72. Nacimiento		Cesárea programada	Cesárea Urgente	
73. Trauma Fetal	No		Sí	
NEONATO				
74. Peso en gramos	2500-3499	2000-2499	Menos de 2000	
75. Peso en gramos		3500-3999	4000 y más	
76. Edad Gest. Capurro Semanas	37-41	33-36	32 y menos	
77. Edad Gest. Capurro Semanas			42 y más	
78. Apgar	07-10	04-06	01-03	
79. Reanimación Maniobras	Normales	Moderadas	Intensivas	
80. Signos de Infección	No	Sospecha	Positivo	
81. Sufrimiento Fetal	No	Moderado	Severo	
82. Malformaciones	No	Menor	Mayor	
83. Otros Especifique:				
PREVIGEN VIII				
84. Riesgo en el Parto Previgen V	Bajo	Medio	Alto	
85. Hemorragia	Normal	Moderada	Excesiva	

86. Hipertensión	No	Moderada	Severa	
87. Hipotensión	No	Moderada	Severa	
88. Taquicardia	No	Moderada	Severa	
89. Hipertermia	No	Moderada	Severa	
90. Involución Uterina	Adecuada	Subinvolución	Atonía	
91. Insuficiencia Respiratoria	No	Moderada	Severa	
92. Edema	No	Regional	General	
93. Infección	No	Local	Sepsis	
94. Emuntorios	Regulares	Con dificultad	No	
95. Lactancia	Al seno	Otra		
96. Otros Especifique:				

ANEXO C

APGAR Familiar.

Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 – 10 Puntos
- Disfuncional leve: 3 – 6 Puntos
- Disfuncional grave: 0 – 2 Puntos

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

ANEXO D

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____
Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1/07

ANEXO E

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE / OCTUBRE	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
SEMANTAS																		
Descripción Y Planteamiento Del Problema																		
Justificación y objetivos																		
Marco teórico																		
Material y métodos																		
Resultados y análisis																		
Análisis y conclusión																		
Revisión de estudios																		