



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
NIVEL DE PREGRADO

TÍTULO:

“APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN EN MADRES ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDEN A CONSULTA GINECOLÓGICA EN EL CENTRO DE SALUD N° 3 – LOJA”

**Tesis previa a la obtención
del título de Psicóloga
Clínica.**

AUTORA:

Angie Valeria Castillo Martínez

DIRECTORA:

Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores

LOJA-ECUADOR

CERTIFICACIÓN

Psic. Clin.

Karina Cecibel Flores Flores

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia el proyecto de tesis titulado “**Apoyo familiar y su relación con síntomas de ansiedad o depresión en madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja**”, de la egresada de la Carrera de Psicología Clínica Señorita, **Angie Valeria Castillo Martínez**, con número de cédula **1104119589**, la misma, reúne a satisfacción los requisitos de fondo y forma estipulados en el Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico.

Por lo tanto, se autoriza su presentación para la designación del Tribunal de Calificación y Disertación Pública necesaria para la graduación.

Loja, 10 de Febrero de 2017

Atentamente



Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores

DIRECTORA DE TESIS

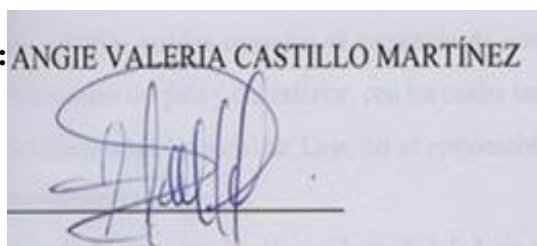
AUTORÍA

Yo, **ANGIE VALERIA CASTILLO MARTÍNEZ**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

AUTORA: ANGIE VALERIA CASTILLO MARTÍNEZ

FIRMA:

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature is stylized and appears to be 'ANGIE VALERIA CASTILLO MARTÍNEZ'. The signature is written over a horizontal line.

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1104119589

FECHA: 27 de julio de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **ANGIE VALERIA CASTILLO MARTÍNEZ**, declaro ser autora de la tesis titulada: **APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN EN MADRES ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDEN A CONSULTA GINECOLÓGICA EN EL CENTRO DE SALUD N° 3 – LOJA**, como requisito para optar al grado de Psicóloga Clínica, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.
- La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 27 días del mes de julio del dos mil diecisiete.

diecisiete.



- Firma: _____
- Autora: **ANGIE VALERIA CASTILLO MARTÍNEZ**

- **Cédula:** 1104119589
- **Dirección:** Loja, Ecuador. Quitumbe y Manuel Espinoza.
- **Correo electrónico:** valeriastillom6@gmail.com
- **Teléfono:** 072583847

DATOS COMPLEMENTARIOS

- **Directora de Tesis:**

Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores.

- **Tribunal de Grado:**

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg.Sc. (Presidenta)

Dra. María Susana González García, Mg.Sc. (Vocal)

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc. (Vocal)

DEDICATORIA

A:

Dios, por haberme permitido llegar a este punto con salud para lograr mis objetivos, y haber puesto en mi camino a personas que me apoyaron en todo el periodo de estudio.

Mis padres, por ser el pilar fundamental en mi vida, quienes me inculcaron valores con calidez y amor, además de brindarme su incondicional apoyo a través del tiempo.

Mis hermanos, Katty, Kelly y Jhon por siempre estar a mi lado compartiendo buenos y malos momentos.

Todos aquellos familiares y amigos que siempre me brindaron satisfactoriamente consejo y motivación.

AGRADECIMIENTO

Con especial sinceridad agradezco a la Universidad Nacional de Loja y a la Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana por ser la institución que me permitió adquirir conocimientos necesarios para mi formación, los mismos que fueron ilustrados por profesionales altamente calificados, que no solo se enfocaron en la teoría, sino que establecieron las bases indispensables para un adecuado desenvolviendo integral, personal y profesional.

Mi gratitud a la Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores por su dirección, quien con sus conocimientos, experiencia y paciencia me ha guiado hasta la culminación de la presente tesis.

Al Centro de Salud N°3-Loja por brindarme la apertura para desarrollar y ejecutar la presente investigación, y a las madres adolescentes que desinteresadamente colaboraron con la realización de la misma.

Finalmente agradezco a todos los Miembros del Tribunal de Revisión y Sustentación, por sus valiosas contribuciones en el Trabajo Final, por el tiempo, paciencia y dedicación brindados.

Angie Valeria Castillo Martínez.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
a) TÍTULO	1
b) RESUMEN	2
SUMMARY	3
c) INTRODUCCIÓN	4
d) REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
1. La Familia	7
1.1. Definición	7
1.2. Tipos de familia	7
1.2.1. Familias nucleares	7
1.2.2. Familias uniparentales o monoparentales	7
1.2.3. Familias polígamas	8
1.2.4. Familias compuestas	8
1.2.5. Familias extensas	9

1.2.6.	Familias reorganizadas.....	9
1.2.7.	Familias migrantes o transnacionales	9
1.2.8.	Familias homosexuales	9
1.3.	Psicodinámica familiar.....	10
1.4.	Apoyo familiar	13
1.5.	Afrontamiento familiar.....	13
1.6.	Resiliencia	14
2.	Adolescencia	15
2.1.	Definición.....	15
2.2.	Características de la adolescencia	15
2.2.1.	Adolescencia temprana	16
2.2.2.	Adolescencia media	16
2.2.3.	Adolescencia tardía.....	16
2.3.	Cambios físicos	17
2.3.1.	Maduración en la adolescencia	17
2.3.2.	Crecimiento físico.....	17
2.3.3.	Maduración sexual.....	18
2.3.4.	La pubertad	18
2.3.5.	La menstruación.....	19
2.4.	Cambios a nivel psicológico	19

2.4.1. Búsqueda y consolidación de identidad	19
2.4.2. Independencia de las figuras parentales.....	19
2.5. Conductas de riesgo en la adolescencia	20
2.6. Adolescencia y sexualidad	20
3. Embarazo	21
3.1. Embarazo en la adolescencia	21
3.1.1. Trimestres del embarazo	21
3.2. Impacto de la maternidad adolescente	22
3.3. Causas asociadas al embarazo adolescente	23
3.4. Factores asociados al embarazo adolescente.....	23
3.4.1. Factores predisponentes	23
3.4.2. Factores determinantes.....	23
3.4.3. Otros factores de riesgo.....	23
4. Ansiedad.....	25
4.1. Definición.....	25
4.2. Etiología	25
4.3. Ansiedad en madres adolescentes.....	26
5. Depresión.....	27
5.1. Definición.....	27
5.2. Etiología	27

5.3. Depresión en madres adolescentes.....	28
e) MATERIALES Y MÉTODOS	29
1. UNIDAD DE ESTUDIO	29
2. MÉTODOS.....	29
3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	30
4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	30
5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	30
6. PROCEDIMIENTO	32
f. RESULTADOS	34
g. DISCUSIÓN	477
h. CONCLUSIONES.....	511
i. RECOMENDACIONES.....	522
j. BIBLIOGRAFÍA.....	533
k. ANEXOS.....	588

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre apoyo familiar, ansiedad y depresión de las pacientes gestantes.....	34
Tabla 2. Adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N°3- Loja.....	35
Tabla 3. Apoyo familiar de las pacientes gestates.	36
Tabla 4. Relación entre la edad de la paciente gestante y el apoyo familiar.	38
Tabla 5. Ansiedad de las pacientes gestantes.....	40
Tabla 6. Relación entre la edad de la paciente gestante y la ansiedad.	42
Tabla 7. Depresión de las pacientes gestantes.	44
Tabla 8. Relación entre la edad de la paciente gestante y la depresión.	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Apoyo familiar de las pacientes gestantes.	37
Gráfico 2. Ansiedad de las pacientes gestantes.....	41
Gráfico 3. Depresión de las pacientes gestantes.	45

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Plan Psicoeducativo	58
Anexo 2. Consentimiento Informado	80
Anexo 3. Escala de Ansiedad de Hamilton	81
Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck	83
Anexo 5. Cuestionario APGAR de la Familia	88

a) TÍTULO

APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN
EN MADRES ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDEN A CONSULTA
GINECOLÓGICA EN EL CENTRO DE SALUD N° 3 – LOJA.

b) RESUMEN

La presente investigación abarcó tres variables de estudio: Apoyo Familiar, Síntomas de Ansiedad y Depresión. Se planteó como objetivos identificar la existencia de Apoyo Familiar, detectar Sintomatología Ansiosa y determinar Sintomatología Depresiva, con el propósito de establecer la Relación entre el apoyo familiar y los síntomas de ansiedad o depresión en las madres adolescentes gestantes que acuden a consulta externa del Servicio de Ginecología en el Centro de Salud N° 3 – Loja. Siendo un estudio analítico, cuali-cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, participaron 60 adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 19 años. Se aplicó la técnica de test en donde los instrumentos utilizados fueron, el Cuestionario APGAR Familiar, la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Depresión de Beck. Entre los resultados obtenidos se destaca que, las adolescentes que nunca recibieron apoyo presentan grave disfunción familiar (46,7%) manifiestan ansiedad moderada (51,7%) y depresión leve (50,0%). Encontrando mayor prevalencia de las variables en el rango de 12 a 16 años de edad. Demostrando que la ausencia de apoyo familiar es un desencadenante que influye negativamente en las adolescentes gestantes, lo cual se manifiesta con la presencia de ansiedad moderada y depresión leve. Con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos se planteó una propuesta psicoeducativa encaminada en mejorar y fortalecer el apoyo familiar, al igual que disminuir la presencia de síntomas ansioso-depresivos durante este periodo.

Palabras clave: adolescentes, apoyo familiar, ansiedad, depresión, madres adolescentes gestantes, funcionalidad familiar.

SUMMARY

The present study covered three study variables: Family Support, Symptoms of Anxiety and Depression. The objective was to identify the existence of Family Support, to detect Anxious Symptomatology and to determine Depressive Symptomatology, with the purpose of establishing the relationship between family support and symptoms of anxiety or depression in pregnant teen mothers who attend an outpatient clinic of the Gynecology Service at the Centro de Salud N° 3 - Loja. Being an analytical, qualitative and quantitative study of descriptive cross-sectional type, 60 adolescents participated in ages between 12 and 19 years. The test technique was applied where the instruments used were the APGAR Family Questionnaire, the Hamilton Anxiety Scale and the Beck Depression Scale. Among the results obtained, the adolescents who never received support had severe family dysfunction (46.7%) showed moderate anxiety (51.7%) and mild depression (50.0%). Finding greater prevalence of variables in the range of 12 to 16 years of age. Proving that the absence of family support is a trigger that negatively influences pregnant teenagers, which is manifested by the presence of moderate anxiety and mild depression. In order to fulfill the objectives, a psych educational proposal was proposed aimed at improving and strengthening family support, as well as reducing the presence of anxiety-depressive symptoms during this period.

Key words: adolescents, family support, anxiety, depression, pregnant teen mothers, family functionality.

c) INTRODUCCIÓN

El embarazo precoz ha sido un problema social permanente a nivel global, según la OMS, 16 millones de jóvenes mujeres de 15 a 19 años dan a luz cada año, la mayoría (95%) en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2014). Siendo la adolescencia una etapa de cambios físicos, emocionales y afectivos, un periodo de gestación va a repercutir en las interacciones familiares y sociales, principalmente cuando no cuenta con un soporte familiar adecuado, desencadenando problemas como ansiedad y depresión.

Datos estadísticos muestran que en Latinoamérica existe una alta incidencia de embarazos adolescentes, donde de 25 a 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres (CEPAL, 2014); en nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010) determina que la frecuencia de embarazos adolescentes equivale al 17%, con edades que oscilan entre los 15 y 19 años.

Claramente, la adolescente en esta etapa no tiene la madurez suficiente para enfrentar, tanto física y mentalmente, un periodo de gestación que acarrea circunstancias adversas como, las carencias nutricionales, enfermedades o un medio familiar poco receptivo, lo cual desencadena diversos problemas emocionales, en donde los que mayormente prevalecen son, las preocupaciones obsesivas por el bienestar del feto, sentimientos de ira y frustración por asumir la maternidad, transformaciones de su imagen corporal, temor hacia molestias del parto, cuidados cuando nazca el infante, angustia por la actitud de la familia y de la pareja que en la mayoría de los casos también es adolescente, culpabilidad por haber fallado a los padres; a ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlos, entre otros aspectos, que pueden provocar estrés, sentimientos de tristeza, fatigas, ansiedad, etc.

Es por esto, que el apoyo familiar es fundamental, ya que el embarazo prematuro está asociado a dificultades de comunicación y relación afectiva entre padres e hijos. En este punto las emociones son un elemento esencial, pudiendo surgir graves situaciones de ansiedad o depresión en las gestantes, existiendo un aumento de la emotividad, y preocupación por la opinión de los iguales o de la sociedad que caracteriza a esta etapa (Stassen, 2007).

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. “El 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión y ansiedad, 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” (Polaino-Lorete, 1995).

En este sentido, debido al período de vulnerabilidad característico de la adolescencia, resulta fácil comprender que las adolescentes que se embarazan necesitan comprensión y ayuda, ya que se encuentran más sensibles, inseguras y desvalorizadas que cualquier otra en esta edad, teniendo en cuenta que los cambios psicológicos presentes están condicionados por su historia de vida, relación con los progenitores, situación con la familia, edad, y, especialmente, madurez personal.

Desde esta perspectiva, en la medida en que la familia ofrezca apoyo a través de una relación próxima, consistente y continua, puede ser considerada como un factor de protección para la madre adolescente, su bebé y el medio que la rodea.

En base a lo manifestado, se llevó a cabo la presente investigación titulada “Apoyo Familiar y su relación con síntomas de Ansiedad o Depresión en Madres Adolescentes Gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 - Loja”; planteando como objetivo general: Determinar la relación entre el Apoyo Familiar y los síntomas de Ansiedad o Depresión en Madres

Adolescentes Gestantes; y como objetivos específicos, Identificar el Apoyo Familiar, Detectar Sintomatología Ansiosa y Determinar Síntomas Depresivos en Madres Adolescentes Gestantes.

El componente teórico integra cinco capítulos clasificados de la siguiente manera: El primero denominado La familia, en el cual se aborda definición, tipos de familia, psicodinámica familiar, apoyo familiar, afrontamiento familiar y resiliencia; el segundo capítulo titulado La adolescencia detalla definición, características de la adolescencia, etapas, cambios físicos, cambios a nivel psicológico y conductas de riesgo; el tercer capítulo trata sobre El embarazo e incluye definición, embarazo en la adolescencia, trimestres del embarazo, impacto de la maternidad adolescente, causas y factores asociados; el cuarto capítulo designado Ansiedad aborda definición, etiología y ansiedad en madres adolescentes; finalmente el quinto capítulo llamado Depresión contiene definición, etiología y depresión en madres adolescentes.

Metodológicamente se trató de un estudio cuali-cuantitativo de corte transversal ya que se realizó en un sólo periodo de tiempo, al obtener datos estadísticos se realizó un diseño descriptivo, analítico y correlacional de las variables Apoyo Familiar, Ansiedad y Depresión. Se llevó a cabo con una muestra de 60 adolescentes en estado de gestación a las que se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión de Beck y el Cuestionario APGAR Familiar.

Finalmente, considerando los resultados se recomienda la intervención multidisciplinaria de profesionales que brinden apoyo a las adolescentes a través de atención, capacitación y asesoría; además se propone el Plan Psicoeducativo enfocado en mejorar las relaciones intrafamiliares como factor facilitador en la disminución de síntomas ansioso-depresivos en las adolescentes.

d) REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. La familia

1.1. Definición

...Es una institución social en el sentido que constituye una auténtica estructura cultural de normas y valores, organizados de forma fija por la sociedad, para regular la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas siendo el principal núcleo de interacción social, la fuente de influencia que tienen los niños desde que nacen, y es por excelencia el principio de continuidad social, que conserva, transmite y asegura la estabilidad social de ideas y de la civilización... (Jiménez, 2010).

1.2. Tipos de familia

La ONU 1994 (citado por García, 2015), define los siguientes tipos de familia, que es conveniente considerar debido al carácter universal y orientador del organismo mundial:

1.2.1 Familias nucleares

Integrada por padres e hijos. Asume un papel determinante en el mantenimiento del orden social. Constituye el modelo de familia nuclear tradicional-sistema hegemónico donde la familia nuclear sigue siendo funcional a las estructuras económicas: el hombre proveedor y la mujer dependiente a cargo de los hijos y el trabajo doméstico.

1.2.2. Familias uniparentales o monoparentales

Son una variación de la familia nuclear de un sólo adulto, compuesta por una madre o un padre y uno o varios hijos. Tiene un origen sociológico que comprende diversas

situaciones en función de las causas que la originan, una de ellas se relaciona con elegir esta condición por interés propio. Hay factores asociados a la dinámica familiar que influyen en los problemas que presentan los hijos como de comunicación, violencia intrafamiliar, hostilidad, evitación, conflicto marital, entre otros (López, Jiménez y Musitu, 2007, p.16).

1.2.3. Familias polígamas

En la que el hombre vive con varias mujeres o con menos frecuencia, una mujer que se casa con varios hombres. Se destacan hallazgos donde muestran que lo hijos de familias polígamas manifiestan más problemas de salud mental y dificultades sociales que sus similares de familias monógamas, exhiben niveles más bajos de logros académicos y relaciones problemáticas con sus padres (García et.al., 2015).

1.2.4. Familias compuestas

Para Méndez, Rivera y Díaz (citado por García 2015) en este tipo de familia se incluyen tres generaciones:

...Abuelos, padres e hijos que viven juntos. En este tipo de familia existe una organización de apoyo: es decir, los abuelos siguen ayudando a la economía familiar, también existe una cooperación en las tareas familiares, con esto, ellos se tienden a sentir importantes, en caso contrario se sentirán rechazados e inútiles. El niño se convierte en aliados de uno de los dos lados (padres y/o abuelos), según el que más le convenga a sus necesidades...

1.2.5. Familias extensas

“...Además de tres generaciones, otros parientes tales como tíos, tías, primos o sobrinos viven en el mismo hogar. Son normales entre las personas de bajos ingresos, en parte porque se comparten los gastos de la casa y responsabilidades...” (Berger, 2007, p. 410).

1.2.6. Familias reorganizadas

Son familias que vienen de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas. Dadas sus características, puede haber ambigüedad en los límites por la falta de claridad debido a que cada miembro puede tener una red diferente de parientes con reglas y límites también diferentes” (García *et.al.*, 2015).

1.2.7. Familias migrantes o transnacionales

Compuestas por miembros que proceden de otros contextos sociales. Es aquella familia cuyos miembros viven una parte o la mayor parte del tiempo separados y que son capaces de crear vínculos y perciben su bienestar desde una dimensión colectiva, a pesar de la distancia física (La Spina, 2012, p.443).

1.2.8. Familias homosexuales

Se conforma por dos personas del mismo sexo con o sin hijos, que en su mayoría son adoptados. Hay manifestaciones sociales que reprueban estas uniones y son un indicio del conflicto que provocan los cambios que conllevan a la transformación de la estructura y dinámica familiar (García, 2015, p.32).

1.3. Psicodinámica familiar

a. Relaciones

Según Eguiluz (2003):

El modelo clásico de estructura familiar venía definido por la idea actualmente anticuada de que el padre es quien trabaja fuera de casa y la madre queda en la misma al cuidado de los niños. De este modo se establece un reparto de funciones: el padre, cabeza de familia, es responsable de la productividad y posición de la familia en la comunidad. La madre, por su parte, asume la vida afectiva de la familia así como la atención de sus necesidades biológicas, incluida la salud y la enfermedad. Aunque la educación de los hijos se comparte, la madre tiende a desempeñar la formación auto-expresiva y conciencia del niño (qué debe hacer) mientras que el padre lo hace hacia la modulación práctica de su actitud (cómo debe hacerlo). Es así que las funciones familiares son las siguientes:

- **Funciones maritales:** *la relación ha de estar fundamentada en el apoyo mutuo para la solución de posibles problemas tanto conyugales como paterno-filiales.*
- **Funciones de manutención:** *abarcan tanto el suministro de alimentos como los restantes cuidados físicos que los hijos precisan.*
- **Funciones de relación:** *consisten en ayudar a los hijos a encontrar su lugar en la familia, facilitando que se sientan cómodos y seguros en las relaciones interfamiliares así como en su progresiva incorporación a la sociedad a través de sus grupos de amigos.*

- **Funciones comunicativas:** se logran mediante el diálogo, fomentando el entendimiento y el intercambio de inquietudes culturales y preocupaciones personales, con el fin de reforzar y dar significación a la convivencia familiar.
- **Funciones de emancipación:** facilitan el último objetivo familiar de los hijos: la consecución de su lugar como miembros de pleno derecho en la sociedad. Obviamente, la emancipación de los hijos trae consigo el dolor de la separación familiar, pero ello ha de asumirse como un fin que no supone la ruptura de los lazos afectivos.
- **Funciones recuperadoras:** se realizan a través del compromiso en actividades recreativas o de otro tipo que supongan un alivio y relajación para sus miembros en contraste con el trabajo y deberes cotidianos.

b. Roles

Umbarger (1982), define a los roles familiares como:

La asignación de una función específica a los individuos dentro de la estructura familiar; dichos roles tienen la tarea de otorgar una organización, patrones de conducta y posicionamiento de los miembros dentro de la familia. En nuestra cultura, el padre es visto como el encargado de proveer de manera casi completa los bienes materiales para el sustento de la familia y sus miembros. Debe ser objetivo y encargarse de tomar las decisiones importantes dentro del núcleo familiar. Es fuerte y analítico. Es una imagen de masculinidad, sexualidad y un modelo de roles dentro de la sociedad, debe ser asertivo y capaz de juzgar lo que más conviene para los miembros de su núcleo familiar.

La madre es vista como la que proporciona afecto, sexualidad, maternidad, cuidado de los hijos. En ella recae la socialización primaria y la trasmisión de los conocimientos en salud y

comportamiento hacia sus hijos. Esto posiciona a la madre como la responsable y principal proveedora de cuidados de sus hijos. Debe de ayudar a los niños a convertirse en personas con conductas socialmente aceptables.

Dentro de los roles que deben cumplir los hijos tenemos que estos generalmente son actores pasivos y receptores de los cuidados y decisiones de sus padres. La importancia que ha tomado la educación en el desarrollo intelectual de los niños y jóvenes, son algunos de los factores que les han concedido la oportunidad a los hijos de opinar en el hogar y sus decisiones, y de adquirir derechos activos dentro de la familia y la sociedad.

c. Jerarquías

Expresa la manera en como el poder y la autoridad se distribuyen dentro de la familia, así como la diferenciación de roles de padres e hijos. Un sistema funcional se organiza jerárquicamente de forma clara y definida; quien ostenta la autoridad familiar tiene la capacidad de influenciar en otro miembro del sistema para controlar la conducta, establecer límites, tomar decisiones individuales y grupales, etc (Garibay, 2013).

d. Alianzas

Es la unión de dos o más miembros para alcanzar prerrogativas sin detrimento de los demás miembros del sistema; es el interés por dos miembros de la familia, se hace referencia a uniones relacionales positivas entre ciertos miembros del sistema familiar (Garibay, 2013).

1.4. Apoyo familiar

Es la ayuda afectiva, emocional e instrumental que proporciona la familia a un integrante de la misma, cuando atraviesa alguna situación de dificultad que no puede afrontar solo, mediante relaciones que se establecen al interior del hogar o fuera de él, a partir de lazos de parentesco. Al hablar sobre la madre adolescente, los padres son el principal pilar de apoyo, quienes deben inculcar la valentía de afrontar lo que está sucediendo, generar en la adolescente hábitos de responsabilidad, aceptar con firmeza las consecuencias de sus actos y encaminarlas en este nuevo rol que para ellas empieza; pero para afrontar esta realidad los padres y toda la familia de la adolescente deben estar orientados e informados (Monje, 2015).

1.5. Afrontamiento familiar

Toma en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas. Adquieren particular relevancia en la adolescencia, por ser una etapa en la que se producen transformaciones sustanciales en la personalidad: la definición de la identidad, la elección de pareja, profesión o de trabajo, cambios que exigen a los jóvenes la puesta en marcha de variados recursos y más aún cuando se origina un embarazo adolescente que generalmente no es planificado.

Cuando los adolescentes son incapaces de afrontar sus problemas eficazmente, su conducta puede tener efectos negativos no sólo en sus propias vidas sino también en las de sus familias y en el funcionamiento general de la sociedad. Las estrategias más usadas son: reestructuración, adquisición de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual, movilización para conseguir apoyo formal y evaluación pasiva (Macías, 2013).

1.6. Resiliencia

Según la Asociación Panamericana de Psiquiatría (APA, 2016), la resiliencia:

Es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, trauma, amenaza, o fuentes de tensión significativas como problemas familiares o de relaciones personales, salud, laborales o financieras. Ser resiliente no quiere decir que la persona no experimenta dificultades o angustias. No es una característica que la gente tiene o no tiene sino que incluye conductas, pensamientos, acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona y conlleva mantener flexibilidad y balance en la vida en la medida que se confrontan circunstancias difíciles y eventos traumáticos.

La resiliencia se puede lograr al:

- Permitirse experimentar emociones fuertes y también reconocer cuando tiene que evitarlas para poder seguir funcionando.
- Salir adelante y tomar acciones para atender sus problemas y enfrentar las demandas del diario vivir. Dar un paso atrás para descansar y llenarse de energía nuevamente.
- Pasar tiempo con sus seres queridos para recibir su apoyo y estímulo, y también su cuidado.
- Confiar en los demás y también confiar en sí mismo.

2. Adolescencia

2.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (1995), define:

La adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, fijando sus límites entre los 10 y 20 años. Se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19 o 20 años de edad, es un proceso social y emocional que comienza en biología y termina en cultura.

2.2. Características de la adolescencia

- **Invencibilidad:** el adolescente explora los límites de su entorno lo que trae como consecuencia el gusto por el riesgo.
- **Egocentrismo:** se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo.
- **Iniciación del pensamiento formal:** comienza a hacer teorías, argumenta y analiza sus opiniones, descubriendo su capacidad de razonar.
- **Ampliación del mundo:** el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.
- **Apoyo en el grupo:** se presenta también la búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares.
- **Redefinición de la imagen corporal:** relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.

- **Elaboración de los duelos:** referentes a la pérdida de la condición infantil: el duelo por el cuerpo infantil perdido, por el rol y la identidad infantil y el duelo por los padres de la infancia (Coleman y Hendry, 2003, pp.31-36).

2.2. Etapas de la adolescencia

Soutullo (2010), describe tres etapas en la adolescencia que son:

2.2.1 Adolescencia temprana (10-13 años)

Es el periodo peri-puberal, con grandes cambios corporales y funcionales. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo; intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales; se preocupa mucho por sus cambios corporales.

2.2.2. Adolescencia media (14-17 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual. Se completa maduración sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria, narcisismo.

2.2.3. Adolescencia tardía (mayores de 18 años)

Caracterizada por la completa maduración física y socio-legal, logros definitivos en la maduración psicológica. La sexualidad adolescente viene con expresiones y experiencias

formadas durante la infancia y con ello experiencias negativas, como el maltrato físico, disgregación familiar, ambiente conflictivo; pueden afectar el desarrollo normal de la personalidad del adolescente. (p.45)

2.3 Cambios físicos

Soutullo y Mardomingo (2010), explica, que dentro de los cambios físicos en la adolescencia encontramos:

2.3.1. Maduración en la adolescencia

Proceso complejo de crecimiento y desarrollo corporal comprendido en el período denominado puberal el cual está englobado en la edad de la adolescencia, a cuya culminación el individuo logra la aptitud y capacidad integral para el ejercicio de su sexualidad y la reproducción humana. (p.45)

2.3.2 Crecimiento físico

Las modificaciones del crecimiento (peso y talla) durante la adolescencia se convierten en una de las señales más importantes del inicio de la pubertad. Durante la pubertad el crecimiento toma un ritmo rápido y se adquiere aproximadamente el 50% de la estatura definitiva y el 25% del peso esperado para la edad adulta. Si bien es cierto, mujeres y hombres no tienen el mismo ritmo de crecimiento. En el sexo femenino, el crecimiento rápido se produce a partir de los 9 años de edad y en el sexo masculino a los 11 años. Sin embargo, la velocidad de crecimiento para el sexo masculino llega a sobrepasar los valores del sexo opuesto entre los 14 y 15 años de edad. Ambos sexos crecen en forma diferente durante la adolescencia, obteniendo diferente conformación corporal. (p.46)

2.3.3 Maduración sexual

Según la Academia Americana de Pediatras (AAP, 2015), en las mujeres, la primera manifestación de maduración sexual de la pubertad está dada por la aparición del brote o botón mamario seguida por la aparición del vello púbico y el aumento de volumen de los testículos en los hombres adolescentes. La edad cronológica no se acepta como el índice de maduración ya que los púberes de la misma edad pueden encontrarse en distintos estadios de maduración.

2.3.4 La pubertad

Etapas de la vida en la cual se da la máxima diferencia sexual desde el estadio prenatal llamada pubescencia. La persona madura sexualmente y es capaz de reproducirse. Para las niñas la menarquia señala el establecimiento de la maduración sexual. La presencia de semen en la orina masculina puede indicar la madurez sexual del joven. Durante esta época aparecen cambios en las características sexuales:

- *Las características sexuales primarias:* son el aumento gradual de los ovarios, el útero y la vagina femeninos y de los testículos, la glándula prostática y las vesículas seminales masculinas.
- *Las características sexuales secundarias:* incluyen otros signos fisiológicos de maduración como el desarrollo de los senos en las adolescentes y el ensanchamiento de hombros en los jóvenes entre otras que aparecen en ambos sexos como cambios en la voz, piel y crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal (Soutullo y Mardomingo,2010, pp.46-47).

2.3.5. La menstruación

Consiste en una emisión de sangre que acompaña al cambio mensual del revestimiento del útero no fecundado, y se da por primera vez cuando el crecimiento repentino se ha lentificado, a una edad promedio de 12.8 a 13.2 años. Los primeros períodos no incluyen ovulación, por lo que no pueden concebir hasta 12 a 18 meses después. Los factores genéticos juegan un papel en la aparición de la menarquia (Mansilla, 2000).

2.4 Cambios a nivel psicológico

2.4.1 Búsqueda y consolidación de identidad

La identidad definida principalmente desde la Psicología, se comprende como aquel núcleo del cual se conforma el yo. Comienza a configurarse a partir de ciertas condiciones propias de la persona, desde el momento de su nacimiento, junto a ciertos hechos y experiencias básicas permitiéndonos actuar en forma coherente según lo que pensamos. Según algunos autores, la identidad se comporta como algo relativo, como un núcleo plástico capaz de modificarse a lo largo de la vida y el desarrollo. Es saber quién es uno, hacia dónde se dirige en la vida y en qué forma encaja en la sociedad (Mengibar, 2010, p.2).

2.4.2 Independencia de las figuras parentales

La adolescencia es la etapa en la que se produce el proceso de identificación, es decir, la persona toma conciencia de su individualidad y de su diferencia respecto a los demás en la que resulta inevitable el enfrentamiento y las crisis; y los intereses entre padres e hijos no suele coincidir. Los adolescentes pasan cada vez menos tiempo con la familia, produciéndose un cambio en el tono

afectivo. La razón de este choque es el cambio de roles que deben asumir tanto los padres como los hijos durante la adolescencia. (Soutullo y Mardomingo, 2010, p.48).

2.5 Conductas de riesgo en la adolescencia

La conducta tiene mucho que ver con cuestiones de autoimagen, identidad, presión grupal, sentimientos y emociones intensos y con la tendencia a tomar decisiones de forma impulsiva. Entre las conductas de riesgo, se destacan las Enfermedades de Transmisión Sexual y el embarazo no deseado, violencia familiar, fracaso escolar. Las vivencias y actitudes en relación con la sexualidad de los adolescentes se relacionan con los dilemas afectivos y de identidad que viven. El consumo de sustancias a veces es la respuesta a problemas psicológicos previos (Pereira, 2011, p.65).

2.6 Adolescencia y sexualidad

Además de las relaciones sexuales realizadas sin el uso de métodos anticonceptivos, también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que incrementan el número de embarazos precoces y no planeados. Un factor que influye es la presión que existe de los compañeros. El consumo de bebidas alcohólicas y drogas produce una disminución de la inhibición, lo que estimula a la relación sexual sin quererlo. En países en los que los embarazos adolescentes son escasos se trata de proporcionar de la mayor información posible que se encuentre completa y equilibrada sobre la sexualidad y se da un acceso fácil a los métodos anticonceptivos (Ayarda, 2008, p.66).

3. Embarazo

Para Valera (2009):

...El embarazo es la gestación, concepción o gravidez al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto. Durante el embarazo se ponen en marcha complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando lo que conocemos como síntomas de embarazo...

3.1 Embarazo en la adolescencia

Rivera (2011), lo define como:

"...El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen..."

3.1.1. Trimestres del embarazo

➤ Primer trimestre:

Inicia desde la primera semana hasta la doceava semana. La mayoría de las mujeres experimentan algunos de estos cambios físicos durante el primer trimestre como: ausencia de períodos menstruales, sensibilidad en los senos, náuseas y vómitos, frecuencia urinaria, indigestión, fatiga, leve aumento de peso, cansancio y sueño. Durante el primer trimestre el embrión, que comenzó como un pequeño grupo de células, se convierte en un feto y desarrolla todos los órganos y sistemas principales (De la Cruz, 2015).

➤ ***Segundo trimestre:***

Abarca desde la semana 13 hasta la semana 28. En ese período, la madre comienza a descubrir el crecimiento de su abdomen, a percibir movimientos del bebé, puede tener contracciones que son normales, fisiológicas y aisladas, especialmente cuando hace actividad física o padece de estrés laboral o social. Las náuseas y fatiga disminuyen, se siente el feto en movimiento y se vuelve más consciente de su desarrollo (De la Cruz, 2015).

➤ ***Tercer trimestre:***

Es el último periodo del embarazo que va desde la semana veinte y nueve hasta la semana cuarenta. Durante este trimestre, muchas mujeres experimentan una explosión de energía y comienzan a prepararse para la llegada del niño. Es posible que el dolor tienda a ser más incómodo y a experimentar algunas molestias como: dolores en la espalda y calambres en las piernas, micción frecuente, contracciones (De la Cruz, 2015).

3.2. Impacto de la maternidad adolescente

Hay fuertes consecuencias biológicas al ser madre a corta edad como: detención del crecimiento, anemia, desnutrición, mayor riesgo de abortos espontáneos y nacimientos prematuros.

Emocionalmente es un proceso de identidad, que lleva a brincarse un paso muy importante, la autoaceptación como mujer, se presentan problemas de autoestima, frustraciones personales y sociales, cambios corporales, abandono de estudios académicos, dificultad para educar con cariño al bebé, abandono por parte de su pareja, rechazo social (Rodríguez, 1998, p. 1258).

3.3. Causas asociadas al embarazo adolescente

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1988), ha observado que sus causas son:

...Descenso de la edad de la menarquia o primera menstruación, iniciación temprana de la actividad sexual, aumento del número de adolescentes sexualmente activas y periodo de adolescencia más prolongado. Otros aspectos importantes incluyen falta de educación sexual, autoridad moral débil o mal definida, disfunción familiar, nivel de influencia del grupo de pares, cultura...

3.4. Factores asociados al embarazo adolescente

Para Távora (2011), se clasifican en:

3.4.1 Factores predisponentes

Incluyen: menarquia temprana, inicio precoz de relaciones sexuales, familia disfuncional, bajo nivel educativo, migraciones recientes, fantasías de esterilidad, falta o distorsión de la información, controversias entre su sistema de valores y el de sus padres, aumento en número de adolescentes, factores socioculturales, menor temor a enfermedades venéreas. (p.50)

3.4.2. Factores determinantes

Son: relaciones sin anticonceptivos, abuso sexual, violación. (p.50)

3.4.3. Otros factores de riesgo

Son: uso temprano del alcohol u otras drogas, carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias, percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito, vivir en comunidades donde los embarazos tempranos son comunes.

Dentro de los factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada están: asincronía madurativa físico-emocional, baja autoestima, pérdida reciente de personas significativas, intento de aborto, propósito de entregar el hijo en adopción, condición económica desfavorable, marginación de su grupo de pertenencia, difícil acceso a la salud.

Los factores de riesgo biológico comprenden: edad cronológica y edad ginecológica, estado nutricional deficiente, aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado pre-concepcional, hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad, consumo de tóxicos, promiscuidad. (p.55)

4. Ansiedad

4.1. Definición

Aarón Beck (citado por Beck y Clark, 2012) propone que:

...Los trastornos emocionales como la Ansiedad se da una distorsión en el procesamiento de la información, en esta patología la percepción del peligro y la valoración de las habilidades del individuo para enfrentarlo aparecen sesgadas, hay una sobreestimación del grado de peligro y una desvalorización de las capacidades de enfrentamiento. Es la reacción emocional ante un peligro o amenaza que se manifiesta mediante un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales...

Ellis (1994), la define como:

“...Una emoción que nos pone alerta, genera que estemos más atentos a las posibles complicaciones...”

4.2. Etiología

CIE 10, (1992):

- *“Factores intrínsecos: tiene que ver con el temperamento y factores genéticos”*
- *“Interacciones Padres-Hijos: se refiere al estilo de crianza. La ansiedad en los padres y los procesos familiares, hostilidad y violencia, crianza sobreprotectora”*

Romero, (2011):

- ***“Acontecimientos vitales gravemente amenazantes, situaciones de pérdida y adversidad social: relacionados con las amenazas o pérdidas familiares, hacinamiento, pobreza y desavenencias conyugales”***

4.3. Ansiedad en madres adolescentes

Betalleluz (1996), explica:

...El embarazo, para la mayoría de las mujeres constituye un período de duda, nerviosismo, de arduo trabajo psicológico que va variando durante el transcurso de este. En los primeros meses puede experimentar, junto con alegría y satisfacción, una gran ansiedad derivada de la necesidad de adaptarse a la nueva situación. Surge el temor de la responsabilidad que implica el tener que criar a un niño, dudando en ciertos momentos de sus capacidades maternas. A veces, estos temores pueden tornarse excesivos y discapacitantes además de la posibilidad que existe en que estos conduzcan a trastornos de ansiedad, por ejemplo, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático y ansiedad generalizada...

5. Depresión

5.1. Definición

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1992):

...Un trastorno del humor, la depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. Puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas...

APA (2003), define:

...La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología...

5.2. Etiología

Las diversas causas de la depresión incluyen a la herencia cuando hay una historia familiar de la enfermedad, asociado también a la bioquímica del cerebro tienen desequilibrios de

neurotransmisores, situaciones psicosociales de riesgo como la muerte de una persona, una enfermedad crónica, problemas severos, etc., y los rasgos de personalidad (DSM-V, 2014, p.189)

5.3 Depresión en madres adolescentes

Los síntomas que presentan las madres adolescentes según Romero (2011), son:

Tristeza, decaimiento, dificultad para dormir, falta de interés, sentimientos de culpabilidad, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, bajo apetito, cansancio, ideas o pensamientos suicidas. De cada 10 embarazadas, entre 1 y 2 tienen síntomas de depresión en el embarazo. En el embarazo, se puede presentar por causa de diferentes factores: cambios hormonales, antecedentes personales o familiares de depresión, problemas de pareja, haber tenido una pérdida, presentar un embarazo de alto riesgo o al tener que enfrentar situaciones estresantes

e) MATERIALES Y MÉTODOS

1. UNIDAD DE ESTUDIO

1.1 Universo

El universo estuvo constituido por 70 adolescentes en estado de gestación que acudieron a consulta externa del Servicio de Ginecología en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja.

1.2 Muestra

La muestra que se tomó para la realización de la presente investigación fue de 60 adolescentes gestantes de 12 a 19 años de edad que firmaron el consentimiento informado y acudieron a consulta externa del servicio de Ginecología en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja.

2. MÉTODOS

Para la presente investigación se utilizó:

2.1 Método descriptivo: para catalogar y clasificar el análisis realizado sobre el planteamiento de la relación entre el apoyo familiar y los síntomas de ansiedad o depresión en las madres adolescentes gestantes que es el objeto de estudio.

2.2 Método cuali-cuantitativo: para realizar la comparación y descripción de la información, así como de los datos numéricos obtenidos a través de esta investigación que fueron sometidos a medición y tabulación (Sampieri, 2010).

2.3 Método analítico: para complementar el estudio se utilizó el programa de computación Microsoft Excel 2013, en el cual se procesaron los datos recopilados en el centro de salud.

2.4 Método correlacional: por cuanto el estudio permitió determinar la relación existente entre las variables de apoyo familiar, ansiedad y depresión detalladas en los resultados estadísticos.

2.5 Método transversal: debido a que la medición de variables se llevó a cabo en el periodo de julio a septiembre del 2016.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se toma en cuenta a:

- Madres adolescentes que acuden a consulta externa del servicio de Ginecología en el Centro de Salud N°3-Loja.
- Consentimiento informado de las madres adolescentes que asisten a consulta externa del servicio de Ginecología en el Centro de Salud N°3-Loja.

4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se plantean:

- Madres adolescentes gestantes que no firmen el consentimiento informado.
- Madres adolescentes gestantes con discapacidad intelectual.
- Madres gestantes que no se encuentren dentro de la etapa de adolescencia.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica para esta investigación fue la aplicación de test que tiene como objetivo lograr información sobre rasgos de conductas, comportamientos, características individuales o colectivas mediante preguntas observadas y evaluadas (Puente, 2016).

Se utilizaron tres instrumentos específicos estandarizados y utilizados a nivel mundial con resultados más aproximados a una realidad tangible con el fin de determinar la relación del apoyo familiar y los síntomas de ansiedad o depresión en las madres adolescentes gestantes, los cuales fueron la Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión de Beck y el cuestionario APGAR Familiar.

5.1 Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS):

La escala de ansiedad de Hamilton, fue diseñada en 1959. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse en un lapso que no debe durar más allá de 30 minutos. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos tres días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques, de forma orientativa se interpreta de 0 - 5 puntos (No ansiedad/ausente), 6 - 14 (Ansiedad menor/leve), 15 o más (Ansiedad mayor/moderado) y se propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta o grave.

5.2 Escala de Depresión de Beck:

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. Consta de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5º o 6º grado para entender apropiadamente las preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada

uno la opción que mejor describe la forma como se ha sentido en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. Las puntuaciones correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son ausencia de síntomas de 0 a 9 (considerada como altibajos del estado de ánimo considerados como normales), depresión leve de 10 a 18, depresión moderada de 19 a 29, depresión grave de 30 a 40 y depresión extrema de 41 a 63 puntos.

5.3 Cuestionario APGAR Familiar:

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el apoyo familiar, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión con respecto a la familia.

Este es un instrumento de origen reciente, diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein, quien basándose en su experiencia como médico de familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento y apoyo de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente en donde una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia con apoyo adecuado familiar, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia con apoyo familiar medio o moderado, una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con ausencia de apoyo familiar.

6. PROCEDIMIENTO

- En primera instancia se procedió a conocer las distintas problemáticas existentes en el Centro de Salud N° 3-Loja, mediante una charla con los profesionales de Salud Mental, Ginecología y

Obstetricia, tomando como objeto de estudio la alta incidencia de adolescentes en estado gestacional que acuden mensualmente a consulta externa en dicho centro.

- Con la respectiva autorización se procedió a la aplicación de reactivos psicológicos previamente seleccionados a la muestra de estudio, para la evaluación y detección de casos.
- Con los resultados de campo obtenidos se realizó la tabulación, análisis e interpretación de datos, que fueron la base para elaborar las respectivas conclusiones, recomendaciones y el plan psicoeducativo.

f. RESULTADOS

Objetivo General:

Determinar la relación entre el Apoyo familiar y los síntomas de ansiedad o depresión en madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3-Loja.

Tabla 1.

Relación entre apoyo familiar, ansiedad y depresión de las pacientes gestantes.

DESCRIPCIÓN		Correlaciones		
		ANSIEDAD TOTAL	APOYO FAMILIAR TOTAL	DEPRESIÓN TOTAL
ANSIEDAD TOTAL	Correlación de Pearson	1	0,829**	0,769**
	(p)		$2,72 \times 10^{-16}$	$6,85 \times 10^{-13}$
	N	60	60	60
APOYO FAMILIAR TOTAL	Correlación de Pearson	0,829**	1	0,713**
	(p)	$2,72 \times 10^{-16}$		$1,70 \times 10^{-10}$
	N	60	60	60
DEPRESIÓN TOTAL	Correlación de Pearson	0,769**	0,713**	1
	(p)	$6,85 \times 10^{-13}$	$1,70 \times 10^{-10}$	
	N	60	60	60

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

FUENTE: Cuestionario APGAR Familiar, Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS), Inventario de Depresión de Beck (BDI).

ELABORADO POR: Angie Valeria Castillo Martínez.

Análisis e interpretación: Para determinar si existe relación entre las tres variables dependientes, se realizó un análisis de correlación, como se puede visualizar en la tabla correspondiente, existe una significativa relación estadística entre ansiedad, apoyo familiar y depresión; así mismo, los valores de p son mayores a $< 0,05$. Lo expuesto y calculado, determina que aceptemos la hipótesis, en donde se resalta la relación estadística significativa entre las variables en estudio, estableciendo que la ausencia de apoyo familiar en un periodo de gestación se asocia claramente como desencadenante sobre la aparición de niveles altos de ansiedad y depresión en las adolescentes.

Objetivo 1:

Establecer la existencia de madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja.

Tabla 2.

Adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N°3-Loja.

	Población	Frecuencia	Porcentaje
Adolescentes gestantes	Sin Consentimiento	10	14,29%
	Consentimiento	60	85,71%
	Total	70	100 %

FUENTE: Pacientes de consulta externa del Servicio de Ginecología del Centro de Salud N° 3-Loja.

ELABORADO POR: Angie Valeria Castillo Martínez.

Análisis e interpretación:

Se escogió una muestra de 60 adolescentes, que representan el 100% de personas que firmaron el consentimiento informado y que accedieron a participar en este estudio.

Objetivo 2:

Identificar el apoyo familiar en madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja.

Tabla 3.

Apoyo familiar de las pacientes gestantes.

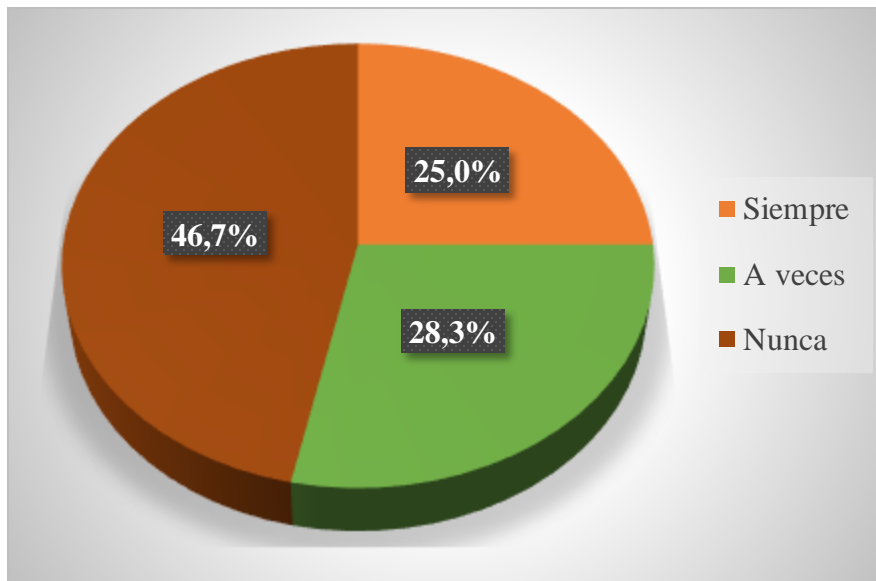
VARIABLES	APGAR FAMILIAR						Total	
	FUNCIONAL (SIEMPRE)		MODERADAMENTE DISFUNCIONAL (A VECES)		GRAVE DISFUNCIÓN (NUNCA)			
	f	%	f	%	f	%		
	12 años	2	66,7%	0	0,0%	2	33,3%	100,0%
	13 años	3	50,0%	4	25,0%	11	68,8%	100,0%
	14 años	4	50,0%	2	25,0%	7	25,0%	100,0%
EDAD DE LA ADOLESCENTE GESTANTE	15 años	1	16,7%	3	50,0%	2	33,3%	100,0%
	16 años	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%	100,0%
	17 años	1	16,7%	3	50,0%	2	33,3%	100,0%
	18 años	2	20,0%	1	10,0%	1	70,0%	100,0%
	19 años	1	6,3%	1	16,7%	2	33,3%	100,0%
Total			25,0%		28,3%		46,7%	100,0%

FUENTE: Encuesta basada en el Cuestionario APGAR Familiar (Adaptation, Participation, Growth, Affectivity, Resolution).

ELABORADO POR: Angie Valeria Castillo Martínez.

Gráfico 1.

Apoyo familiar de las pacientes gestantes.



FUENTE: Encuesta basada en el Cuestionario APGAR Familiar.

ELABORADO POR: Angie Valeria Castillo Martínez.

Análisis e interpretación:

El gráfico indica que, del total de adolescentes gestantes evaluadas que suman 60 y constituyen el 100%, 28 evaluadas que representan el 46,7% con grave disfunción familiar nunca han recibido apoyo por parte de su familia; 17 con el 28,3% son parte de familias moderadamente disfuncionales que reciben apoyo a veces y 15 con el 25,0% forman parte de familias funcionales que poseen apoyo familiar siempre. El mayor porcentaje de las adolescentes gestantes se encuentra en la edad de 12 y 16 años edad (minoría de edad) en la categoría de familias disfuncionales y la menor proporción de edad en las adolescentes de 17 años de edad en esta misma categoría, no se registra datos en la categoría moderadamente disfuncional en el grupo de edad 12 años.

Tabla 4.**Relación entre la edad de la paciente gestante y el apoyo familiar.**

EDAD DE LA ADOLESCENTE GESTANTE		DISFUNCIONALIDAD Y FUNCIONALIDAD		Total
		FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
RANGO DE EDAD CON PUNTO DE CORTE (17)	12 a 16 AÑOS	87,5%	39,3%	100,0%
	17 a 19 AÑOS	60,7%	12,5%	100,0%
Total		75,0%	25,0%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
5,714	0,017	0,309	0,221	0,061	0,805

FUENTE: Investigación Directa (2017).

ELABORACION: Angie Valeria Castillo Martínez

Análisis e interpretación:

En relación a la edad de la adolescente gestante y el apoyo familiar, considerando los rangos de edad establecidos, el rango de 12 – 16 años de edad tiene una proporción de 87,5% que se corresponde a familias disfuncionales sin apoyo familiar, valor superior si se compara con las adolescentes gestantes que conforman la proporción en el rango de edad 17 – 19 años de la misma categoría de familias disfuncionales sin apoyo familiar de 60,7%; en cuanto a la asociación entre variables, se hizo el cálculo del valor de Chi cuadrado de 5,714 con 1 grado de libertad, mayor al valor de Chi cuadrado tabulado de 3,841, por lo que este valor se encuentra en la zona de aceptación de la Ho, un valor de $p < 0,05$ (0,017), se determina que SI EXISTE UNA RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA. En lo que a la magnitud del efecto y/o asociación tiene dependencia moderada (V. Cramer = 0,309).

Desde la perspectiva de razón de oportunidades, constituye un factor desencadenante para la falta de apoyo familiar o disfuncionalidad familiar en las adolescentes gestantes que se encuentran en el rango de 12 – 16 años de edad (OR de 0,221 con un IC al 95%; LCi 0,061 – LCs 0,805), lo que significa, que las adolescentes gestantes que viven en familias disfuncionales de este grupo de edad tienen menos probabilidad de tener apoyo familiar en relación a las del grupo de edad de 17 – 19 años en esta misma categoría de análisis.

Objetivo 3:

Detectar sintomatología ansiosa en madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja.

Tabla 5.

Ansiedad de las pacientes gestantes.

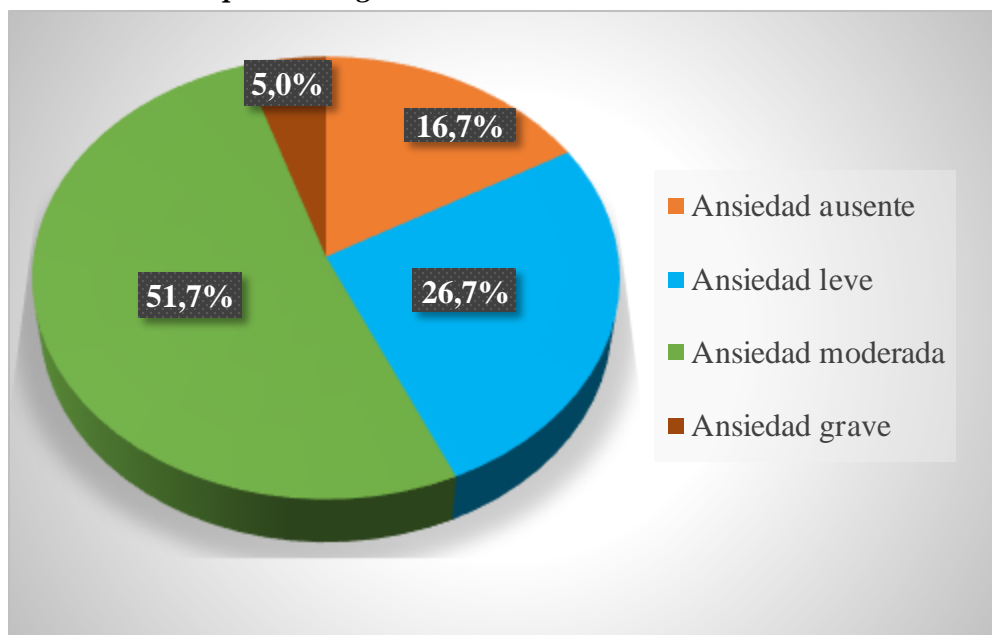
VARIABLES	ANSIEDAD								Total	
	AUSENTE		LEVE		MODERADA		GRAVE			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
EDAD DE LA ADOLESCENTE GESTANTE	12 años	1	33,3%	1	33,3%	8	50,0%	0	0,0%	100,0%
	13 años	3	50,0%	1	16,7%	2	33,3%	0	0,0%	100,0%
	14 años	2	25,0%	1	12,5%	5	62,5%	0	0,0%	100,0%
	15 años	1	16,7%	1	16,7%	4	66,7%	0	0,0%	100,0%
	16 años	1	20,0%	1	20,0%	6	60,0%	0	0,0%	100,0%
	17 años	0	0,0%	4	66,7%	2	33,3%	0	0,0%	100,0%
	18 años	1	10,0%	2	20,0%	3	60,0%	1	10,0%	100,0%
	19 años	1	6,3%	5	31,3%	1	33,3%	2	12,5%	100,0%
Total		16,7%		26,7%		51,7%		5,0%	100,0%	

FUENTE: Encuesta basada en la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS).

ELABORADO POR: Angie Valeria Castillo Martínez.

Gráfico 2.

Ansiedad de las pacientes gestantes.



FUENTE: Encuesta basada en la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS).

ELABORADO POR: Angie Valeria Castillo Martínez.

Análisis e interpretación:

El presente gráfico indica que de las 60 adolescentes que constituyen el 100%, 31 investigadas que representan el 51,7% poseen síntomas de ansiedad moderada; 16 con el 26,7% manifiestan ansiedad de tipo leve; 10 con el 16,7% no presentan síntomas ansiosos y 3 adolescentes con el 5,0% tiene ansiedad grave. En lo referente a las características de edad en la población adolescente gestante y la ansiedad en la categoría mayor o moderada, el mayor porcentaje se encuentra entre los 12 y 16 años.

Tabla 6.

Relación entre la edad de la paciente gestante y la ansiedad.

EDAD DE LA ADOLESCENTE GESTANTE		RANGO TOTAL DE ANSIEDAD DE HAMILTON		Total
		PRESENCIA DE ANSIEDAD	AUSENCIA DE ANSIEDAD	
RANGO DE EDAD	12 – 16 AÑOS	93,8%	32,1%	100,0%
	17 – 19 AÑOS	67,9%	6,3%	100,0%
Total		81,7%	18,3%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
6,687	0,010	0,334	0,141	0,027	0,723

FUENTE: Investigación Directa (2017).

ELABORACION: Angie Valeria Castillo Martínez

Análisis e interpretación:

En cuanto a la edad de la adolescente gestante y la ansiedad determinada con el test de Hamilton, tomando en cuenta las categorías o rangos de edad de 12 – 16 años y 17 – 19 años, el primer rango de edad presenta una proporción de ansiedad del 93,8%, superior en comparación al segundo rango de edad con 67,9%.

Finalmente, para la asociación entre estas variables, se realizó el cálculo del valor de Chi cuadrado de 6,687 con 1 grado de libertad, mayor al valor de Chi cuadrado tabulado de 3,841, por lo que este valor se encuentra en la zona de aceptación de la Ho, un valor de $p < 0,05$ (0,010), determinando que SI EXISTE UNA RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA entre la edad y la ansiedad de las adolescentes gestantes. En lo que a la magnitud del efecto y/o asociación tiene dependencia moderada (V. Cramer = 0,334).

En cuanto a la razón de oportunidades, constituye un factor desencadenante para la ansiedad en las adolescentes gestantes que se encuentran en el rango de 12 – 16 años de edad (OR de 0,141 con un IC al 95%; LCi 0,027 – LCs 0,723), lo que significa, que las adolescentes gestantes que viven en familias disfuncionales de este grupo de edad tienen 14,10% de probabilidad de tener ansiedad en relación a adolescentes del grupo de edad de 17 – 19 años en esta misma categoría de análisis.

Objetivo 4:

Determinar síntomas depresivos en las madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja.

Tabla 7.

Depresión de las pacientes gestantes.

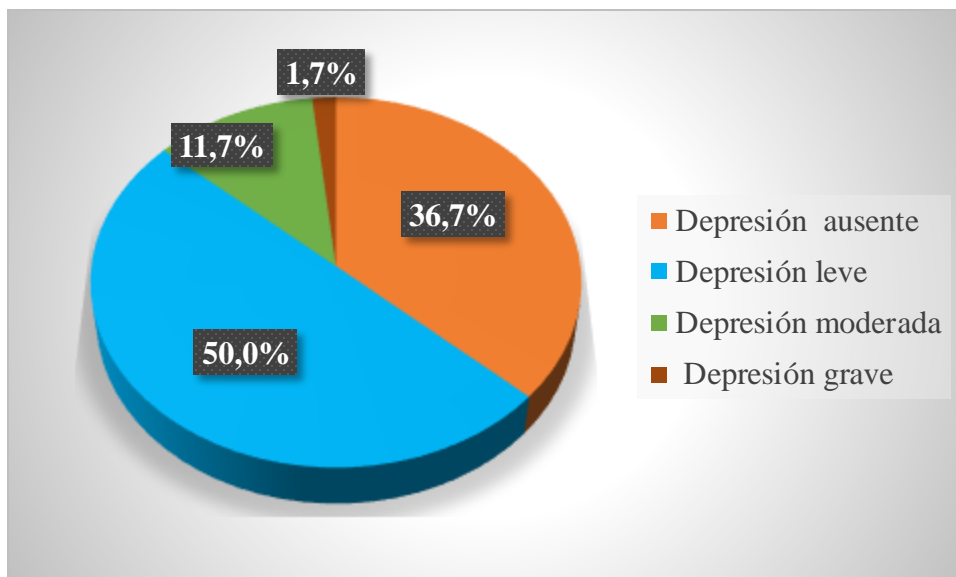
VARIABLES	TEST DE DEPRESIÓN								Total	
	AUSENTE		LEVE		MODERADO		GRAVE			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
EDAD DE LA ADOLESCENTE GESTANTE	12 años	1	33,3%	3	60,0%	1	33,3%	0	0,0%	100,0%
	13 años	4	66,7%	2	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	100,0%
	14 años	3	37,5%	6	60,0%	2	25,0%	0	0,0%	100,0%
	15 años	4	66,7%	10	62,5%	0	0,0%	1	10,0%	100,0%
	16 años	2	40,0%	3	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	100,0%
	17 años	2	33,3%	1	33,3%	1	16,7%	0	0,0%	100,0%
	18 años	2	20,0%	3	37,5%	1	10,0%	0	0,0%	100,0%
	19 años	4	25,0%	2	33,3%	2	12,5%	0	0,0%	100,0%
Total			36,7%	50,0%		11,7%		1,7%	100,0%	

FUENTE: Encuesta basada en el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

ELABORADO POR: Angie Valeria Castillo Martínez.

Gráfico 3.

Depresión de las pacientes gestantes.



FUENTE: Encuesta basada en el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

ELABORADO POR: Angie Valeria Castillo Martínez.

Análisis e interpretación:

El presente gráfico indica que del total de evaluadas que corresponden a 60 adolescentes en estado gestacional que constituyen el 100%, 30 jóvenes que representan el 50,0% manifiestan depresión leve; 2 con el 36,7% no presentan depresión; 7 con el 11,7% poseen depresión de tipo moderada y 1 adolescente embarazada que representa el 1,7% muestra depresión grave. Analizando las características de la población adolescente gestante, la mayor proporción con presencia de depresión leve se encuentra en la edad de los 12-16 años y la menor en los 13 años y 15 años.

Tabla 8.**Relación entre la edad de la paciente gestante y la depresión.**

EDAD DE LA ADOLESCENTE GESTANTE		DEPRESIÓN DICOTOMICA		Total
		PRESENCIA DEPRESIÓN	AUSENCIA DEPRESIÓN	
RANGO DE EDAD	12 – 16 AÑOS	75,0%	25,0%	100,0%
	17 – 19 AÑOS	50,0%	50,0%	100,0%
Total		63,3%	36,7%	100,0%

Chi ²	Valor de P	V de Cramer	Odd Ratio	IC del OR al 95%	
				LC inferior	LC Superior
4,019	0,045	0,070	0,333	0,112	0,992

FUENTE: Investigación Directa (2017).

ELABORACION: Angie Valeria Castillo Martínez

Análisis e interpretación:

Referente a la edad del adolescente gestante y la presencia de depresión, las adolescentes gestantes del grupo de edad 12 – 16 años que presentan depresión se corresponden a una proporción del 75,0% en comparación a la población del rango de edad 17 – 19 años que tiene una proporción menor equivalente al 50,0% en esta misma categoría.

En referencia a la razón de oportunidades, se constituye un factor desencadenante para la depresión la edad, específicamente en las adolescentes gestantes que se encuentran en el rango de 12 – 16 años de edad (OR de 0,333 con un IC al 95%; LCi 0,112 – LCs 0,992), lo que significa, que las adolescentes gestantes de este rango de edad tienen el 33,33% de probabilidad de adquirir depresión en relación al grupo de edad de 17 – 19 años en esta misma categoría de análisis.

g. DISCUSIÓN

Es importante mencionar que el apoyo familiar es una guía básica y vital para cualquier ser humano y como tal representa un factor de vulnerabilidad en la adolescencia y más aún en un proceso de embarazo, por desencadenar alteraciones del estado de ánimo; es por esto que la presente investigación determinó la relación entre el Apoyo Familiar con síntomas de Ansiedad y Depresión en madres Adolescentes Gestantes, realizada a 60 jóvenes que acudieron a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja, Ecuador.

De acuerdo a la prevalencia en este estudio se obtuvo que las adolescentes que asistieron a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja que nunca recibieron apoyo presentan grave disfunción familiar (46,7%) manifiestan ansiedad moderada (51,7%) y depresión leve (50,0%), centrándose en el rango de 12 a 16 años de edad. Un estudio parecido realizado en Colombia por Guridi, Franco y Márquez (2014) titulado “Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el Área de Salud de Calabazar” y publicado por la Revista de Psicología Científica, arroja datos que indican que al analizar una muestra conformada por 53 adolescentes embarazadas se indagaron las variables de edad, escolaridad, ocupación, relación de pareja, nivel de ansiedad, nivel de depresión y autoestima, se obtiene el predominio del grupo de 15 a 18 años de edad (96%), nivel de secundaria básica (47%), amas de casa (84%), relación de pareja inestable (58%), ansiedad alta (50%), depresión alta (52%) y baja autoestima (83%). Al comparar estos datos con la presente investigación se asemejan los resultados en los niveles de ansiedad y depresión que son altos, asociados a las relaciones de pareja inestables además de la influencia de otros factores con altos porcentajes como ocupación y baja autoestima.

En otro estudio realizado en la Ciudad de Quito, Ecuador por la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador con el tema “Prevalencia de ansiedad y

depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole-Isis” se obtuvieron altos porcentajes en los trastornos afectivos al evaluar a una muestra de 52 adolescentes concluyendo que la depresión predominaba en las jóvenes que no contaban con apoyo familiar durante el embarazo más que la ansiedad (Ávila, 2014). Estos datos concuerdan con el presente estudio investigativo debiéndose principalmente a que estuvo dirigida a una población con antecedentes de rechazo familiar. **Confirmando así, la relación directamente proporcional entre las variables de estudio y la edad ya que la ausencia de apoyo familiar sumada a la madurez insuficiente para enfrentar, tanto física y mentalmente un periodo de gestación se asocia claramente sobre la aparición de altos niveles de ansiedad y depresión, mientras que una buena calidad y apoyo en las relaciones familiares influye en la reducción de dicha sintomatología en las adolescentes gestantes.**

En un estudio realizado por Laura (2003), en el Instituto Especializado Materno Perinatal en la ciudad de Lima, Perú denominado “Tipos y características de la familia de las adolescentes embarazadas” obtuvieron que, en la adolescencia intermedia es donde ocurren mayormente los embarazos, ubicándose estos en familias de tipo disfuncional, desorganizada y autoritaria que tienen dificultades al asumir adecuadamente los roles y funciones por sus miembros caracterizándose por la falta de participación de todos en la toma de decisiones, establecimiento de normas, destacados por una mala cohesión e inadecuado apoyo familiar, falta de comunicación y adaptación, evidenciando que la falta de apoyo familiar influye en la presencia de mayores porcentajes de embarazo en las adolescentes. En este mismo sentido Diniz, García, Neiva-Silva, Nieto y Koller (2012), en su estudio realizado en Brasil denominado “Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileñas con y sin experiencia de embarazo” investigaron a

452 adolescentes con edades entre 14 y 19 años de nivel socioeconómico bajo en donde, las mujeres con un 64,2% que relataron haber tenido experiencia de embarazo revelaron mayor percepción de falta de seguridad en las relaciones familiares entre los miembros y que no recibieron apoyo general por parte de sus familias durante el embarazo. Los datos de las dos investigaciones se asemejan a los encontrados en los cuales la mayor parte de adolescentes gestantes no poseen apoyo familiar adecuado.

Rozas, Soto y Vera (1999) realizaron un estudio denominado “Niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultas que acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cusco-1999” realizado en Perú aplicado a adolescentes entre 15 y 19 años y a adultas entre 20 y 35 años concluyeron que, las gestantes adolescentes presentan niveles de ansiedad mayores a las adultas, en alta intensidad con un 74,3%, asociado a factores como nivel de instrucción, estado civil, ocupación, condición económica y apoyo familiar. Otro trabajo investigativo, realizado en la ciudad de Cuenca, Ecuador por Ortega (2014), en el que se planteó como objetivo determinar los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, se obtuvo que, tras entrevistar a 356 mujeres, 159 eran adolescentes representando el 45% con puntuaciones entre 13 y 17, predominando los niveles de ansiedad mayor que estaban ligados a factores determinantes como edad, estado civil, instrucción, ocupación y labor de parto. Datos que concuerdan con la presente investigación demostrando la presencia de altos porcentajes de ansiedad moderada (40%) en la población evaluada durante este periodo.

Corona (2012), en su investigación realizada en México llamada “Frecuencia de depresión en adolescentes embarazos de la Unidad de Medicina Familiar 92”, estudió a 76 pacientes donde, 68,4% cursaron con síntomas de depresión leve, 22% con depresión moderada y 9% con depresión

grave, con mayor índice a la edad de 17 años, asociado a la relación de pareja y apoyo familiar, estos datos son similares a los obtenidos en este estudio, en los cuales el 55% manifiestan síntomas de depresión leve, asociada principalmente a la falta de apoyo familiar.

De igual forma, un estudio publicado por la *Clinical Psychological Science* en 2013, donde se incluyeron a 200 adolescentes embarazadas de diferentes razas y situaciones socioeconómicas, considerando factores que incluían edad, educación e ingresos, entre otros; mostraron que las adolescentes embarazadas que reportaron mayor apoyo familiar sufrieron menos estados de depresión pre y postparto, al igual que valores inferiores de hormonas del estrés (Holbrook *et al.*, 2013). Los datos mencionados concuerdan con los obtenidos, en los cuales se resaltó la importancia del apoyo familiar durante el embarazo como factor protector para reducir drásticamente el riesgo de episodios de depresión.

h. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos propuestos se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- La falta de una adecuada red de apoyo familiar se relaciona con la presencia de altos niveles de ansiedad y depresión, demostrando que la mayoría de adolescentes gestantes forman parte de hogares gravemente disfuncionales.
- La ausencia de apoyo familiar se coloca como factor desencadenante de sintomatología ansiosa-depresiva en las adolescentes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N°3-Loja.
- En las madres adolescentes embarazadas que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N°3-Loja, se evidencia un alto índice de ansiedad moderada.
- Existe un alto índice de depresión en la escala leve, en las madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja.
- Las adolescentes en estado de gestación que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N°3-Loja, presentan mayores porcentajes de síntomas de ansiedad que de síntomas depresivos.
- La prevalencia en las categorías ausencia de apoyo familiar, ansiedad moderada y depresión leve se centran en el rango entre 12 y 16 años de edad en las madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja.

i. RECOMENDACIONES

Considerando el análisis realizado en base a los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados y a través de todo el proceso investigativo, se proponen las siguientes recomendaciones:

- Que en el Centro de Salud N°3-Loja se promueva la intervención multidisciplinaria de profesionales como psicólogos, médicos y trabajadores sociales para que brinden apoyo a las adolescentes embarazadas a través de atención, seguimiento, capacitación y asesoría.
- Mejorar y fortalecer las relaciones intrafamiliares de las madres adolescentes en estado de gestación que acuden al Centro de Salud N°3-Loja.
- Disminuir la incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva en las madres adolescentes en estado de gestación que acuden al Centro de Salud N°3-Loja.
- Diseñar metodología enfocada en mejorar las relaciones familiares mediante habilidades de comunicación y estrategias como factor facilitador para disminuir los niveles de ansiedad y depresión presentes en las madres adolescentes gestantes que acuden al Centro de Salud N°3-Loja.
- Que el Centro de Salud N°3-Loja considere los resultados de esta investigación para que se brinde atención con el fin de disminuir la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en madres adolescentes ejecutando el plan de intervención psicoeducativo propuesto en el presente trabajo.

j. BIBLIOGRAFÍA

- AAP. (21 de noviembre de 2015). *Academia Americana de Pediatras* . Obtenido de healthy children.org: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- APA. (2016). *American Psychological Association*. Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Ávila, A. (2014). *dspace.uce.edu.ec*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3676/1/T-UCE-0007-121.pdf>
- Ayarda, A. (2008). *Educación sexual para adolescentes*. Colombia: Magisterio. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3258/1/T-UCE-0013-SP-16.pdf>
- Baeza, V. (2008). *Clinica de la ansiedad*. Obtenido de <https://clinicaansiedad.com/problemas/introduccion/causas-de-la-ansiedad-origen-y-mantenimiento/>
- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito: PUCE.(págs.77-112)
- Beck, A., & Clark, D. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. EE.UU: Desclée De Brouwer.
- Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo, Infancia y adolescencia*. En K. Berger Stassen, (Séptima ed., págs. 410, 411). Panamericana.
- Betalleuz, J. (1996). *Ansiedad y Síndrome de tristeza postparto hospitalario en la Ciudad del Cusco*. Cusco - Perú.
- Bote, S. (2011). *Psicodrama con niños y adolescentes: Breve Introducción Psicoterapeutica*. Revista de Medicina Psicosomática y Psicoterapia .
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la perdida*. Barcelona: Paidós .
- Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España : Siglo XXI.
- Casasa, P., & et.al. (2016). *Salud Familiar y enfermería*. En E. R. Patricia Casasa García. México: Manual Moderno.
- CEETA. (2008). *Centro de Estudios Especialista en Trastornos de Ansiedad*. Obtenido de <http://www.ceeta.org/>
- CEPAL. (2014). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe* . Obtenido de <http://www.cepal.org/es>
- CIE 10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.Mediador.

- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la Adolescencia*. Madrid: Morata.
- Corona, J. (2012). *Uaemex*. Obtenido de <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14556/412012.pdf?sequence=1>
- Cruz, X. (2016). *Embarazo en Adolescentes*. Obtenido de Ecovisiones : <http://www.ecovisiones.cl/informacion/embarazoadolescente.htm>
- De la Cruz, G. (2015). *Etapas del embarazo*. Obtenido de Embarazo y bebés. net : <http://embarazoybebés.net/etapas-del-embarazo/>
- Diniz, E., & al., e. (1 de diciembre de 2012). *Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n1/v30n1a06.pdf>
- Diniz, E., García, A., Neiva-Silva, L., Nieto, C., & Koller, S. (1 de Diciembre de 2012). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n1/v30n1a06.pdf>
- DSM V (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Panamericana .
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.
- Ellis, A. (1994). *Razón y emoción en psicoterapia* (Vol. V). New York: Desclee de Brouwer.
- Ferreira. (1965). *Emotional factors in prenatal environment*.
- García, M., & et.al. (2015). *Continuidad y cambio en la familia*. En M. García Méndez, S. Rivera, & R. Díaz. México: Manual Moderno.
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico: Una introducción a la psicoterapia familiar* (Vol. II). México: Manual Moderno .
- Gauss, A. (2008). *Diccionario de Psicología*. España .
- Guridi, M., & al., e. (27 de Febrero de 2014). *Revista de Psicología Científica*. Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-adolescentes-embarazadas/>
- Holbrook, J., & al., e. (4 de marzo de 2013). *Clinical Psychological Science* . Obtenido de Sage Journals : <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2167702612470646>
- Holbrook, J., Dunkel, C., Arora, A., & Hobel, C. (4 de Marzo de 2013). Obtenido de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2167702612470646>
- INEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es

- Jiménez, A. S. (2010). *La dinámica familiar como factor desencadenante de problemas de adaptación en el ambiente escolar*. Guatemala: Universidad de San Carlos.
- La Spina, E. (2012). *Familias Transnacionales, sociedades multiculturales e integración. España, Italia y Portugal en perspectiva comparada*. Madrid : DIKYNSON .
- Labrador, F., & al, e. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Pirámide.(pág.553)
- Laura, R. M. (2003). *Tipos y Características de la Familia de las Adolescentes Embarazadas; IEMP*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos .
- López, E., Jiménez, T., & Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia : Nau Llibres.
- Macías, A. (abril de 2013).
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>.
- Mahler. (1980). *La naissance psychologique de l'etre human: symbiose humaine et individuation*. Payot.
- Mansilla, G. (2000). *Maduración biológica en la adolescencia*. Bolivia : Rev. Soc. Bol, Ped. Organización Panamericana de la Salud.
- Mengibar, C. (Julio de 2010). *Innovación y experiencias* . Obtenido de http://www.csic.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_32/CARMEN_MENJIBAR_1.pdf
- Molina R., S. J.-R. (2000). *Salud sexual y reproductiva del adolescente*. Asunción, Paraguay.
- Monje, J. (08 de septiembre de 2015). <http://hogaremaus.org/la-importancia-del-apoyo-familiar-en-situaciones-de-enfermedad/>.
- OMS. (1995). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (Septiembre de 2014). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- OPS. (1988). *Organización Panamericana de la Salud* . Obtenido de <http://www.educacionsexual.com.ar/biblioteca-online/planificacion-familiar-y-metodologia-anticonceptiva/embarazo-en-adolescentes>
- OPS. (1992). *Organización Panamericana de la Salud*.
- Ortega, J., & al, c. (2014). *dspace*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21075/1/TESIS.pdf>
- Pereira, R. (2011). *Adolescentes en el siglo XXI*. Madrid: Morata.
- PNPEAE. (2007). *PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN EL ECUADOR*. Obtenido de PAGINA 4 :

- <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevencci%C3%B3n%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>
- Polaino-Lorete, A. (1995). *Embarazo y maternidad en la adolescencia* . Madrid: RIALP.
- Puente, W. (2016). *RRPPnet*. Obtenido de <http://www.rrppnet.com.ar/tecnicasdeinvestigacion.htm>
- Ríos, G. J. (1994). *Relaciones intrafamiliares: roles y funciones*. Madrid.
- Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad* . Bogotá: Norma.
- Rivera, E. (2011). *El embarazo*. EE.UU : Caribe.
- Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Universidad de Sevilla.
- Romero, Z. (2011). *Estudio de la manifestación de síntomas depresivos en las madres adolescentes*.
- Rozas, M., & al., e. (marzo de 1999). *Sisbib*. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/Niveles%20de%20ansiedad.htm
- Rozas, M., Soto, Y., Vera, Y., & Vera, M. (Marzo de 1999). Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/Niveles%20de%20ansiedad.htm
- Rubín, A. (14 de julio de 2015). *Lifeder*. Obtenido de <http://www.lifeder.com/habilidades-sociales/>
- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy*. New York: Farrar, Starus and Girouz.
- Sampieri, R. (2010). *Metodología de la investigación* (Vol. 5). Mexico : Interamericana .
- Sánchez, G. (22 de diciembre de 2012). *La mente es maravillosa*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/que-son-las-habilidades-sociales/>
- Schreck, A., & Páramo, M. (2015). *Misión imposible: cómo comunicarnos con los adolescentes*. Grijalbo .
- SEDUPAZ, A. S. (1995). *La alternativa del juego II*. Madrid: Los libros de la Catarata. Obtenido de <http://www.unicef.cl/centrodoc/tesuena familiar/02%20Dinamicas.pdf>
- Soutullo, C., & Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. España : Panameriacana.
- Stassen, K. B. (2007). *Psicología del desarrollo* (Séptima ed.). Panamericana.
- Sutter-Dallay, A. (2004). En *Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort*. (pág. 459). Eur Psychiatry.
- Távora, L. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe*. Perú: erre&erre.

- Trickett, S. (2009). *Supera la Ansiedad y la Depresión* (págs. 16-17). Barcelona, España: Hispano Europea.
- Umbarger, C. (1982). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Valera, J. (2009). *Embarazo en la adolescencia* . Perú .
- Vazquez, J., & Herrán, A. (2007). *Trastornos de ansiedad*. Barcelona : Masson .
- Vega, J. (2011). *Embarazos precoces*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos48/embarazo-precoz/embarazo-precoz2.shtml>
- Vélez, L. (5 de Agosto de 2013). *Depresión* . Obtenido de <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/depresion/grados-de-depresion-conoce-la-escala-de-la-depresion/>
- Vidal. (27 de 06 de 2016). <http://www.proyectopv.org>. Obtenido de La pagina de la vida: <http://www.proyectopv.org/2-verdad/relacionesfampsic.htm>
- Winnicott. (1993). *La distorsión del yo en términos del self verdadero y falso, en los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.

k. ANEXOS

Anexo 1.

PLAN PSICOEDUCATIVO

1. Tema:

“Fortalecimiento del apoyo familiar y disminución de síntomas de ansiedad y depresión en madres adolescentes gestantes”.

2. Presentación:

Un adecuado funcionamiento dentro del hogar es un factor determinante en la conservación de la homeostasis familiar o en el desequilibrio entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, siendo la primera la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Acorde a sus posibilidades, la familia debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

Sin embargo, cuando surge el embarazo de una adolescente en la familia, que en su mayoría no es planificado, no solo interfiere con el desempeño normal de los roles familiares sino con la madurez de la joven originando dificultades emocionales, en este caso ansiedad y depresión, al no poder lidiar con todos los aspectos asociados que trae el nuevo estado.

Es por todo esto que una vez concluido el proceso investigativo y en base a los resultados obtenidos, se hace pertinente el planteamiento de la siguiente propuesta psicoeducativa que lleva

por título “Fortalecimiento del apoyo familiar y disminución de síntomas de ansiedad y depresión en las madres adolescentes gestantes”.

Este plan es un complemento a la investigación realizada, y está dirigida a las madres adolescentes en estado de gestación que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 – Loja, con el propósito no solo de fortalecer sino mejorar las relaciones familiares como factor facilitador para la disminución de los niveles de ansiedad y depresión existentes en la población juvenil, a fin de generar un ambiente familiar de calidad para la madre, su hijo y los miembros que la rodean.

3. Justificación:

La elaboración de la presente guía psicoeducativa se realiza con la finalidad de mejorar las relaciones familiares y disminuir la presencia de trastornos del estado de ánimo: ansiedad y depresión, que a pesar de presentarse en niveles leves en esta investigación constituyen una dificultad para el desarrollo adecuado del periodo de gestación en las madres adolescentes mediante una adecuada psicoeducación para un mejor abordaje.

En calidad de egresada de la Carrera de Psicología Clínica justifico que la presente guía servirá como un instrumento de trabajo dirigido a orientar y apoyar en el proceso de intervención familiar a través de las actividades que la componen.

4. Objetivos:

4.1 General:

Fortalecer el apoyo familiar como factor facilitador para disminuir los niveles de ansiedad y depresión presentes en las madres adolescentes gestantes.

4.2 Específicos:

4.2.1 Mejorar la comunicación entre los miembros de la familia a través de estrategias y proporcionando herramientas adecuadas a las madres adolescentes gestantes.

4.2.2 Reducir los niveles de ansiedad y depresión mediante psicoeducación en las madres adolescentes gestantes.

5. Población objetiva:

El plan va dirigido a las madres adolescentes en estado de gestación que acudan al servicio de ginecología del Centro de Salud N°3 –Loja y a la población interesada.

6. Metodología:

Se utilizará metodología activa-participativa, con un enfoque preventivo mediante estrategias y herramientas de intervención psicoeducativas. Se trabajará en grupo de acuerdo a la disponibilidad de la población además se involucrará al personal del Centro de Salud N°3-Loja como a los profesionales del Departamento de Salud Mental, Ginecología y Obstetricia y a la Trabajadora Social en las fases establecidas en la planificación.

7. Duración:

El presente plan se realizará en dos fases. La primera fase se desarrollará en dos sesiones y la segunda fase con una sesión.

Responsable: Psic. Clin. Angie Valeria Castillo.

8. Planificación:

FASE I: Comunicación familiar.

Sesión 1: Roles y reglas en la familia.

Sesión 2: Estrategias para una comunicación familiar adecuada.

FASE II: Ansiedad y depresión.

Sesión 3: Psicoeducación de la temática ansiedad y depresión.

MATRIZ DE PLAN PSICOEDUCATIVO

FASE	SESIÓN	DURACIÓN	ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLE
Fase I Comunicación familiar	1. Roles y reglas en la familia.	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de presentación. - Psicoeducación sobre reglas y roles en la familia. - Retroalimentación sobre la temática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se utilizará diapositivas sobre los temas planteados. - Preguntas sobre la psicoeducación impartida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infocus. - Diapositivas. - Computadora. - Hojas de papel - Tijera. - Lápiz. 	<p>Psic. Clin. Valeria Castillo.</p>
	2. Estrategias para una comunicación familiar adecuada.	90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación asertiva. - Habilidades sociales. - Resolución de problemas. - Retroalimentación sobre la temática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diapositivas sobre asertividad y los tipos de comportamiento: agresivo, pasivo, asertivo. - Explicar los tipos de habilidades sociales básicos: escuchar, preguntar, hablar y asertividad mediante ejemplificación. - Mediante el rol-playing se 	<ul style="list-style-type: none"> - Infocus. - Diapositivas. - Computadora 	<p>Psic. Clin. Valeria Castillo.</p>

				explicará los pasos generales para solución de problemas.		
Fase II Ansiedad y depresión	3. Psicoeducación sobre ansiedad y depresión.	90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de ambientación. - Psicoeducación sobre ansiedad y depresión. -Retroalimentación sobre la temática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar que es la ansiedad y los niveles: leve, moderada y grave mediante un video educativo. - Informar que es la depresión y niveles: leve, moderada y grave con ayuda de video. -Retroalimentación mediante ejemplificación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infocus. - Diapositivas. -Computadora. 	<p>Psic. Clin. Valeria Castillo.</p>

SESIÓN 1

“COMUNICACIÓN FAMILIAR”

TEMÁTICA 1: ROLES Y REGLAS EN LA FAMILIA.

OBJETIVO: Educar sobre las roles, reglas y funciones que cumple cada uno de los miembros de la familia.

DURACIÓN: 45 minutos.

RESPONSABLE: Psic. Clin. Valeria Castillo.

RECURSOS: Tijera
Lápiz
Infocus
Diapositivas
Computadora
Hojas de papel

DESARROLLO:

1. Dinámica de ambientación. “Los anteojos”.

La responsable con unos anteojos recortados en papel plantea la siguiente frase: "éstos son los anteojos de la desconfianza. Cuando llevo estos anteojos soy muy desconfiado. ¿Quiere alguien ponérselos y decir qué ve a través de ellos, qué piensa de nosotros?". Después, se sacan otros anteojos que se van ofreciendo a sucesivos voluntarios por ejemplo: los anteojos de la "confianza", del "enojón", del "yo lo hago todo mal", del "todos me quieren", y del "nadie me acepta", etc. En grupo, cada uno puede expresar cómo se ha sentido y qué ha visto a través de los anteojos (Sedupaz, 1995).

2. Tema: Reglas familiares.

La familia es un sistema gobernado por reglas, hasta tal punto que sus miembros se comportan entre ellos de un modo repetitivo y organizado; de tal modo que esta esquematización de comportamientos puede abstraerse como un principio regulador de la vida familiar. Según Ríos (1994), el concepto más simple y claro que puede darse de las reglas es que son acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos individuales en una amplia gama de áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable.

La familia llega a una serie de acuerdos para actuar de una determinada manera, sin embargo, es necesario aclarar que la mayor parte de las familias no son conscientes de ello, e incluso se dan situaciones en las que no se sabe o se desconocen cuáles son las reglas por las que se rige el sistema familiar. Existen varios tipos de reglas que es necesario diseccionar para su mejor comprensión y para fundamentar coherentemente la intervención. Las normas o reglas, casi siempre, han estado más asociadas a criterios autoritarios o coercitivos que a criterios de sentido común y de acuerdo mutuo, sobre todo en aquellos aspectos que son relevantes en la vida cotidiana y cuando se trabaja con familias, se puede observar fácilmente que en muy pocas de ellas existen reglas sobre cuestiones tan importantes como las emociones, afectividad, sexualidad, ideologías, política, cultura, etc., acordadas de manera directa y abierta.

- Las **reglas implícitas**, son aquellas que se dan por sobreentendidas, y no hace falta aclararlas, pero tampoco se verbalizan. No es raro encontrarse con familias que en determinadas áreas actúen con reglas implícitas, por ejemplo, en temas sobre sexualidad, afectividad, enfermedades, muertes, disputas, enemistades, etc. Cuando la mayoría de las áreas están reguladas por normas implícitas la vida familiar corre un grave peligro, estando siempre en la cuerda floja, ya que a la mínima surgen los conflictos y las tensiones.

No es fácil reconocer estas reglas porque supone para la familia tratar abiertamente ciertos temas que son tabú para ellos y que les mantiene en una falsa estabilidad, que se bloquea cuando alguien de la familia, o externa a ella, quiere hablar sobre la cuestión. El/la educador/a familiar ha de tratar con mucho tacto estas cuestiones, dando a la familia el tiempo suficiente para hablar sobre ellas. La familia ha de ver al educador/a como una persona en la que puede confiar y de la que recibe el apoyo necesario para afrontar dicha situación.

- Las **reglas secretas**, son todavía más difíciles de descubrir, y pueden pasar muchos años sin que se muestren. Lo más peculiar de este tipo de reglas es que se esconden tras acontecimientos o episodios que parecen anecdóticos o simples pero que en realidad encubren una entramada red de comportamientos y relaciones secretas. Tales reglas se presentan como acciones, movimientos, deseos, hechos, realizados por algún miembro del sistema familiar con la intencionalidad de bloquear a otro, que quiere, por ejemplo, liberarse de la regla, buscar nuevos caminos por iniciativa propia desmarcándose de la norma establecida.

Con respecto a este tipo de reglas, el/la educador/a puede intentar actuar del mismo modo que en las reglas implícitas, teniendo en cuenta siempre el grado de dificultad que contienen los secretos familiares, evaluando continuamente su capacidad para manejar el caso y la posibilidad de derivarlo a un profesional especializado.

- Las **metarreglas**, son reglas de comportamiento que van más allá de las reglas que ya existen. Esto hace que la metarregla distorsione a la regla, la fragmente o confunda los significados aceptados. Engendra reacciones distintas de las que la misma familia está acostumbrada a presenciar. Esto provoca una gran desorientación en la familia ya que les

implica reorganizar o replantear cuestiones que ya tenían perfectamente asumidas. En este caso es importante ayudar a la familia a evaluar las causas y las consecuencias que han generado las metarreglas en el entorno familiar. (pp.325-340)

3. Tema: Roles familiares.

Son la asignación de una función específica a los individuos dentro de la estructura familiar; tienen la tarea de otorgar una organización, patrones de conducta y posicionamiento de los miembros dentro de la familia. En muchas culturas, el papel proveedor, protector y educador de los niños ha dejado de estar ligado, exclusivamente al esposo pero todavía se considera deseable que cada uno de los padres cumpla con su respectivo papel. El de la madre-esposa debe ser primordialmente expresivo de afectividad, mientras que el padre-esposo desempeñara el papel instrumental. A medida que transcurre el tiempo es natural que se produzcan modificaciones o intercambios de papeles entre los esposos; no obstante, existe cierta evidencia de que esto puede producir efectos nocivos en los niños (excepto cuando ocurren temporalmente, durante emergencias o crisis), que serán más graves aún si alguno de los padres no desempeña satisfactoriamente su papel.

- En el esquema tradicional de nuestra cultura, el padre es visto como el encargado de proveer de manera casi completa los bienes materiales para el sustento de la familia y sus miembros. Él también debe de ser objetivo y de encargarse de tomar las decisiones importantes dentro del núcleo familiar. Es fuerte y analítico. Es una imagen de masculinidad, sexualidad y un modelo de roles dentro de la sociedad, debe ser asertivo y capaz de juzgar lo que más conviene para los miembros de su núcleo familiar.
- La madre por su parte, es vista como la que proporciona afecto, sexualidad, maternidad, cuidado de los hijos. En ella recae la socialización primaria y la trasmisión de los

conocimientos en salud y comportamiento hacia sus hijos. Esto posiciona a la madre como la responsable y principal proveedora de cuidados de sus hijos. Debe de ayudar a los niños a convertirse en personas con conductas socialmente aceptables.

- Dentro de los roles que deben cumplir los hijos tenemos que estos generalmente son actores pasivos y receptores de los cuidados y decisiones de sus padres. Anteriormente se valoraba al niño como el resultado de las influencias externas, incluyendo la disposición y composición genética, la socialización pasiva y factores estructurales específicos. La reforma de la importancia que ha tomado la educación en el desarrollo intelectual de los niños y jóvenes, son algunos de los factores que les han concedido la oportunidad a los hijos de opinar en el hogar y sus decisiones, y de adquirir derechos activos dentro de la familia y la sociedad (Umbarger, 1982).

SESIÓN 2

“ESTRATEGIAS PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN FAMILIAR”

TEMÁTICA 2: COMUNICACIÓN ASERTIVA, HABILIDADES SOCIALES Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

OBJETIVO: Informar, sensibilizar y fortalecer los lazos familiares mediante estrategias de buena comunicación.

DURACIÓN: 90 minutos.

RESPONSABLE: Psic. Clin. Valeria Castillo.

RECURSOS: Infocus
Diapositivas
Computadora

DESARROLLO:

1. Tema: La asertividad.

La asertividad es una estrategia de comunicación que nos permite defender nuestros derechos y expresar nuestra opinión, gustos e intereses, de manera libre y clara, sin agredir a otros y sin permitir que nos agredan. Una conducta asertiva nos permite hablar de nosotros mismos, aceptar cumplidos, pedir ayuda, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones y aprender a decir “no”. Andrew Salter (1949), definió la asertividad como un rasgo de personalidad y pensó que algunas personas la poseían y otras no, exactamente igual que ocurre con la tacañería y la extroversión. Sin embargo, unos años después, Wolpe (1958) y Lazarus (1966) la definieron como “la expresión de los derechos y sentimientos personales”, y hallaron que casi todo el mundo podía ser asertivo en algunas situaciones y absolutamente ineficaz en otras (Caballo, 2005, pág. 45).

Es derecho y obligación de cada uno protegerse de las situaciones que parezcan injustas o desmedidas; ya que cada uno conoce mejor que nadie lo que necesita o molesta. El entrenamiento asertivo es eficaz en la ansiedad, depresión y resentimiento derivado de las relaciones interpersonales. Hay tres tipos de estilos básicos en la conducta interpersonal:

- Estilo pasivo: Son personas que no defienden sus intereses, no expresan sus sentimientos verdaderos, creen que los demás tienen más derechos que ellos mismo, no expresan desacuerdos. Tiene como ventaja que no suele recibir rechazo directo por parte de los demás. Pero tiene la desventaja de que los demás se van a aprovechar. Las personas que se comportan de manera pasiva presentan sentimientos de indefensión, resentimiento e irritación.
- Estilo agresivo: No tienen en cuenta los sentimientos de los demás. Acusan, pelean, amenazan, agreden, insultan. Presentan la ventaja de que nadie les pisa y la desventaja de que nadie les quiere a su lado.
- Estilo asertivo: Consiguen sus objetivos sin dañar a los demás. Se respetan a ellos mismos pero también a los que les rodean. Actúan y dicen lo que piensan, en el momento y lugar adecuados, con franqueza y sinceridad. Tienen autenticidad en los actos que realizan, están seguros de sus creencias y tienen la capacidad de decidir (Riso, 2002, págs. 3-8).

2. Tema: Habilidades Sociales Básicas.

Es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 2005, pág. 52).

La cultura y las variables sociodemográficas resultan ser imprescindibles para evaluar y entrenar las habilidades sociales, ya que dependiendo del lugar en el que nos encontremos, los hábitos y formas de comunicación cambian. Además, resultan ser conductas aprendidas, esto quiere decir, que no nacemos con un repertorio de habilidades sociales, sino que a lo largo de nuestro crecimiento y desarrollo, vamos incorporando algunas de estas habilidades para comunicarnos con los demás (Sánchez, 2012).

Las habilidades sociales básicas son:

- Escuchar: Escuchar ayuda a crear y mantener relaciones personales. Para escuchar correctamente, es fundamental demostrar a la persona que te está hablando que has entendido lo que dice. Para ello, evita interrumpirlo y puedes apoyar lo que dice asintiendo o con un “sí, claro o entiendo”. Una técnica muy buena de escucha es la reformulación.

Reformulación selectiva: una vez la otra persona ha terminado de hablar, resumes parte de lo que ha dicho y en lo que te interesa que se centre la conversación.

Reformulación por resumen: una vez la otra persona ha terminado de hablar, resumes lo que ha dicho. De esta forma puedes confirmar si has entendido bien y le comunicas al interlocutor que has estado escuchando.

Reformulación en eco: se trata simplemente de repetir las últimas palabras que ha dicho el interlocutor. Con ello le haces entender que has estado escuchando y además le animas a que siga explicándote lo que estaba hablando.

A esto se le llama escuchar activamente; participar en la conversación transmitiendo al interlocutor que le entendemos. Otras formas de escucha activa son:

Clarificar: es simplemente preguntar sobre algunos aspectos de la conversación para que la otra persona perciba que le escuchas.

Retroalimentar: se refiere a dar tu opinión sobre el contenido del mensaje de la otra persona.

Escuchar con interés y empatía: poner un verdadero interés en lo que te está diciendo y aprender a ponerse en el lugar del otro. Pregúntate: ¿Qué siente? ¿Cuál es su intención al comunicarme eso?.

Escuchar abiertamente: se refiere a no seleccionar lo que quieres escuchar y evitar creer que los demás no tienen nada importante que decir. Para escuchar de forma abierta, ponte en el lugar de la otra persona y atiende a los detalles de la información que da.

- Preguntar: Para estimular la conversación, comienza con preguntas abiertas y generales y sigue con preguntas cerradas. Con las preguntas, además de obtener información, transmites a la otra persona que te interesa y que le estás escuchando. Una pregunta abierta sería ¿Qué te preocupa de todo eso y por qué? Una cerrada sería ¿Cuántos años tienes?.
- Hablar: Habla de forma positiva, evita transmitir negativismo porque te asociarán a ello. Busca puntos de acuerdo con la otra persona, exprésalos e intenta resolver las dificultades, reconoce tus propios errores, usa un lenguaje sencillo aunque no vulgar, el presente y frases cortas, emplea palabras directas (pienso, quiero, siento), evita palabras asociadas a problemas (problema, duda, inquietud), dubitativas (creo, me parece), rotundas (no tienes razón, nunca, te equivocas) o que pidan confianza (créeme).
- Asertividad: Es la capacidad de respetar a otros y hacernos respetar por otros. A continuación algunos recursos para desarrollar la asertividad:

Buscar acuerdos: es una habilidad que se relaciona con la negociación. Se trata de que llegues a acuerdos ganar-ganar, evitando las posturas extremas en las que solo gane o pierda alguien.

Oponerse de forma asertiva: si alguien te está insistiendo para que hagas algo que no deseas (lo que ocurre a menudo, por ejemplo con los vendedores), puedes dar directamente un “no” sin sentirte culpable, dar excusas o explicaciones.

Disco rayado: se trata de repetir un “no” o un no más la frase repetidamente tras una petición de la otra persona o cuando traten de manipularte. Intenta hacerlo de forma serena y evitando usar las mismas palabras. Por ejemplo:

Vendedor: ¿Le interesa entonces el producto?

Cliente: no, tengo uno parecido.

Vendedor: si, pero este es mejor porque tiene X incorporado.

Cliente: no, ya me compré uno.

Vendedor: si pero tiene X incorporado y le durará más.

Cliente: no, el que me funciona me va bien.

Vendedor: está bien muchas gracias.

Afrontar críticas: se basa en afrontar las críticas de forma constructiva. Lo puedes hacer pidiendo detalles sobre la crítica (cómo, qué, quién) e información. De esta forma, podrás conocer bien lo que quiere transmitir la otra persona. Es conveniente que te muestres en parte de acuerdo con la crítica en caso de que sea verdadera o pueda serlo, respetar a la otra persona, y dar las gracias. Por otra parte, no es lo mismo una crítica lanzada por una persona con criterio que otra de alguien sin suficiente información.

Solicitar cambios de comportamiento a otra persona: en este caso pueden surgir una serie de problemas como; a) acusar al otro de tener problemas, lo que empeorará el conflicto, b) acusar al otro de mostrar siempre el comportamiento que quieres cambiar, c) creer que se comporta así malintencionadamente y d) expresar solo consecuencias negativas.

Autorrevelación: busca que los demás se sientan abiertos hacia ti y comiencen a tener confianza. Se basa en decir a la otra persona lo que te gusta de ella: “me gusta tu forma de

vestir”, “enhorabuena por el examen aprobado”. Mantén un gesto facial agradable y afirma algo que sea coherente y real.

Banco de niebla: se usa para evitar un conflicto directo cuando una persona te habla de forma agresiva o suelta algún comentario atacante. Se basa en decir respuestas inesperadas para frenar el comportamiento agresivo. Por ejemplo:

Juan: esa ropa que llevas es fea.

Tú: es fea pero a mí me encanta (sonriendo). (Rubín, 2015)

3. Tema: Pasos generales para la solución de problemas.

Son un grupo de técnicas cognitivo-conductuales que pretenden facilitar una conducta eficaz. Como toda técnica de modificación de conducta, trata de producir consecuencias positivas y refuerzo positivo, así como evitar las consecuencias negativas. Parte del hecho de que las personas somos solucionadores de problemas y que hay diferencias individuales en esta habilidad. Como consecuencia aquellas personas con cierto déficit en la capacidad para solucionar problemas adecuadamente suelen tener una competencia social algo más deficiente que los que son capaces de resolver problemas eficazmente. Hay que tener en cuenta el papel de las emociones en la solución de problemas sociales, pues las respuestas emocionales pueden facilitar o inhibir la ejecución de la solución de problemas. El procedimiento básico a seguir para la solución de problemas está basado en la formulación original de D’Zurilla y Goldfried en 1971, en el cual se dan 5 etapas:

- Orientación general: es el relato de las dificultades y constituye la extracción de elementos fundamentales de la historia que permite el análisis detenido de las circunstancias.
- Definición y formulación del problema: constituye la síntesis, concretización del problema y sus causas o factores predisponentes y desencadenantes.

- Generación de alternativas: siguiendo la propuesta de Osborn hay que dar rienda suelta a la imaginación en la búsqueda de soluciones, generar una gran cantidad de alternativas, establecer una crítica eliminatoria a través de la cual se seleccionan los caminos más idóneos de solución. Se combinan las diversas alternativas y se escoge la estrategia y las tácticas a emplearse.
 - Toma de decisiones: El objetivo de esta fase es seleccionar la mejor alternativa o combinación de alternativas para maximizar los resultados o consecuencias positivas y minimizar las negativas.
 - Verificación de los resultados: Consiste en poner en práctica la solución que hemos elegido al final del proceso y comprobar si se cumple el objetivo. Si no acabamos satisfechos con el resultado, entonces aplicamos la siguiente solución en el listado según la valoración (Balarezo, 1995, págs. 77-79).
4. Mediante la técnica de role-playing se explicaran los pasos para la resolución de problemas intercambiando papeles de situaciones específicas mediante ejemplos propuestos por el grupo para ser analizados posteriormente.

SESIÓN 3

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”

TEMÁTICA 3: ¿QUÉ ES LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SUS NIVELES?.

OBJETIVO: Educar sobre ansiedad y depresión para que se conozcan los signos, síntomas y la intensidad en la que pueden manifestarse.

DURACIÓN: 90 minutos.

RESPONSABLE: Psic. Clin. Valeria Castillo.

RECURSOS: Infocus
Diapositivas
Computadora
Video educativo

DESARROLLO:

1. Dinámica de ambientación. “Cualidades”.

El responsable explica al grupo que cada uno debe mirarse y decirse la primera cualidad que observe en su compañera y al final comparta la experiencia.

2. Tema 1: La ansiedad.

Es un mecanismo de defensa universal, se da en todas las personas, es normal, adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta. La función de la ansiedad es movilizar al organismo, mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan o se minimicen sus consecuencias. La ansiedad nos empuja a tomar las medidas convenientes (huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse, etc.), según el caso y la naturaleza del riesgo o del peligro. Sin embargo, en algunos casos, este

mecanismo funciona de forma alterada, es decir, produce problemas de salud y, en lugar de ayudarnos, nos incapacita (Trickett, 2009, pág. 15).

Dentro de las causas se puede mencionar:

- Factores biológicos hereditarios. Desbalances en nuestros neurotransmisores por falta de sueño, no comer apropiadamente o por excesivos niveles de estrés.
- Situaciones de crisis, cambios radicales o problemas difíciles por los que estamos pasando en estos momentos, por ejemplo: un divorcio, la muerte de un familiar, cambio de casa, un reciente matrimonio o un nuevo hijo.
- Eventos traumáticos, estrés cotidiano, inconformidad con tu actual situación de vida (Baeza, 2008).

Los signos y síntomas generales son:

- Conductuales: También conocidos como síntomas visibles puesto que son las modificaciones que se producen en nuestra manera de actuar y que pueden ser apreciados por los demás.
- Cognitivos: Cambios en nuestra manera de pensar o razonar las cosas que nos ocurren y pensamientos obsesivos o recurrentes como por ejemplo, preocupación, cansancio, irritabilidad, dificultad para concentrarse y conciliar el sueño.
- Fisiológicos: Cambios en nuestro cuerpo como pulsaciones elevadas, sudoración excesiva, tensión muscular, temblor, mareo, desmayos, indigestión, dificultad al respirar, etc. (Vazquez y Herrán, 2007, pág. 5).

3. Tema: Niveles de ansiedad.

- Ansiedad leve: La ansiedad en este nivel suele ser normal al tener una sensación constante de que algo no encaja. Sin olvidar que la ansiedad es una respuesta natural del organismo,

no es una enfermedad, estamos hechos para tolerar una cierta cantidad de la misma sin que esto sea algo negativo. En este punto nuestros sentidos y percepción están alerta y estas reacciones hacen que sea más fácil concentrarnos, aprender, resolver problemas y ponernos a salvo, entre otras cosas. Las sensaciones físicas a experimentar pueden ser dificultad para respirar (ocasionalmente), palpitaciones o aumento de la presión arterial, ligeras molestias estomacales, tensión muscular

El pensamiento puede tener la capacidad de mayor concentración, resolver problemas de manera eficaz y facilidad para aprender. Los comportamientos y emociones se manifiestan con inquietud, impaciencia, necesidad de estar en soledad o aislarse.

- Ansiedad moderada: se producen sensaciones inquietantes, normalmente con ansiedad o agitación. Cuando se presenta un grado de ansiedad moderada, se pierde la percepción general de las cosas y se centra más en los detalles. Las sensaciones físicas se manifiestan con tensión muscular, vista nublada por la dilatación de las pupilas, sudoración, micción frecuente, dolores de cabeza, dificultad para dormir, insomnio. A nivel cognitivo hay dificultad para concentrarse, disminución de la capacidad de atención, disminución de la capacidad para resolver problemas.

En cuanto al comportamiento y emociones se presenta incomodidad, pérdida de confianza, agitación e impaciencia y temor o preocupación constantes.

- Ansiedad grave: se experimenta cuando la preocupación es constante y se agudiza el temor. Con niveles tan fuertes de ansiedad puede presentarse lo que se conoce como “ataque de pánico” que es, a grandes rasgos la respuesta completa de lucha o huida, en la cual el cuerpo dispara las reacciones necesarias para ponerse a salvo. Las sensaciones físicas generalmente son tensión muscular severa, hiperventilación, sudoración excesiva,

tensión en la mandíbula, rechinar los dientes, temblores, palpitaciones aceleradas y fuertes, molestias estomacales. El pensamiento tiene un campo limitado de la percepción, dificultad para pensar claramente y concentrarse, preocupación intensa, pensamientos centrados en el temor.

El comportamiento y las emociones se muestran con agitación, miedo, confusión, negación, frustración, necesidad de moverse y buscar una salida.

4. Presentación de video educativo sobre los signos y síntomas de la ansiedad.

5. Tema: La depresión.

Es una enfermedad emocional. Va desde una reacción exagerada de tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío en el que aún se puede funcionar, hasta una desesperación absoluta, falta de esperanza y postración. Los síntomas generales pueden manifestarse con sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, vacío, desesperanza y/o pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad, irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades, falta de energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones, problemas de sueño y apetito. Generalmente las funciones corporales se ven afectadas y las manifestaciones físicas pueden incluir una gran variedad de síntomas como palpitaciones, dolores de cabeza, mareos, etc., (Trickett, 2009, págs. 16-17).

Algunos de los factores causales de este trastorno son:

- Sexo, las mujeres sufren dos veces más de depresión que los hombres. Aunque las razones no son claras, existen diferencias genéticas y hormonales.
- Antecedentes familiares, cuando algún miembro de su familia padece de depresión severa, hay el doble de posibilidades para adquirirla. Aunque puede ocurrir en personas que no tienen parientes con depresión.

- Uso de ciertas medicinas, algunos medicamentos con o sin receta médica pueden causar depresión clínica.
- Cambios o dificultades en la vida, tales como divorcio, jubilación, la muerte de un ser querido, pérdida del trabajo, enfermedades, etc.

1. Tema: Niveles de depresión.

- Depresión leve: Se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a la vida cotidiana. La persona con depresión leve puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y la desgana.
- Depresión moderada: su intensidad va ganando fuerza respecto a la depresión leve de forma que ya se empieza a paralizar un tanto la vida diaria de la persona enferma. Este grado, va afectando las actividades sociales, familiares y laborales. Síntomas como dolores musculares, motivo de baja laboral, la dificultad para concentrarse, que puede hacer del trabajo diario un auténtico problema y la baja autoestima, que se traduce en la reducción de la vida social.
- Depresión grave o severa: se trata de una depresión donde la cantidad de síntomas es mayor y sus consecuencias negativas se hacen más evidentes. Se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por pensamientos frecuentes de suicidio, aislamiento y por la desaparición de las fuerzas físicas (Vélez, 2013).

2. Reproducción de video educativo sobre depresión.

Anexo 2.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Estimada adolescente:

En la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja se está llevando a cabo la aplicación de tests para la investigación titulada: “APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN EN MADRES ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDEN A CONSULTA GINECOLÓGICA EN EL CENTRO DE SALUD N° 3 – LOJA”, que tiene como objetivo recoger información de la realidad de la adolescente ecuatoriana frente a múltiples situaciones actuales, que permita conocerla y describirla con veracidad y confiabilidad. Se indagarán aspectos acerca del estado de ánimo y apoyo familiar por lo que es necesaria su debida autorización para poder realizarla.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, he leído y comprendo la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, aceptando así participar en el estudio llevado a cabo por Angie Valeria Castillo Martínez, estudiante del décimo módulo de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Firma: _____ CI: _____

Anexo 3.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Fecha de aplicación:

Edad:

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión: Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio: Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual: (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido: Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares): Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales): Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4

10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios: Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos: Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico): Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Anexo 4.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Fecha de aplicación:

Edad:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1.

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.

- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 5.

CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

Fecha de aplicación:

Edad:

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. Yohana Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma Inglés del resumen de tesis "APOYO FAMILIAR Y SU RELACION CON SINTOMAS DE ANSIEDAD O DEPRESION EN MADRES ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDEN A CONSULTA GINECOLOGICA EN EL CENTRO DE SALUD N° 3- LOJA" autoría de la Srta. Angie Valeria Castillo Martínez con número de cédula 1104119589 egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 24 de Julio de 2017

Lic. Yohana Novillo S.
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

