



TLATEMOANI
Revista Académica de Investigación
Editada por Eumed.net
No. 27 – Abril 2018
España
ISSN: 19899300
revista.tlatemoani@uaslp.mx

Fecha de recepción: 28 de agosto de 2017
Fecha de aceptación: 11 de enero de 2018

LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y ESTIMULACIÓN PERINATAL TEMPRANA UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA GRUPAL PARA LA DISMINUCIÓN SINTOMATOLÓGICA DEPRESIVA EN MADRES ADOLESCENTES

Autores:

Bautista Valdivia Jhonny
Jhonny.bautista@uaslp.mx

Ramos Zúñiga Beatriz
beatriz.ramos@uaslp.mx

Ranauro García Martha
martha.ranauro@uaslp.mx

Elda Patricia Castañeda Hernández
elda.castaneda@imss.gob.mx

Coordinación Académica Región Huasteca Sur
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

RESUMEN

El grupo de los adolescentes constituye un campo de estudio sumamente importante, porque representa la edad en que se inicia la vida sexual activa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los diez y los diecinueve años. El 10% de los nacimientos anualmente en el mundo son de madres adolescentes, en México es un tema prioritario de salud sexual y reproductiva. La población de adolescentes embarazadas se ha vuelto un problema de salud. México ocupa el primer lugar de embarazo en

adolescentes en toda América Latina”¹ por lo que el riesgo de presentar depresión es muy alto, considerando además que la depresión es catalogada como la enfermedad del siglo XXI según la OMS.

OBJETIVO

Comprender la depresión en la mujer adolescente y su relación con la psicoprofilaxis y estimulación perinatal tiene un efecto en la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes embarazadas que acuden al hospital rural IMSS-Prospera No. 44 de Zacatipan, Tamazunchale S.L.P.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, cuasi experimental, en población adolescentes embarazadas (12-19 años), recolección de datos mediante cedula de datos sociodemográficos y gineco obstétricos, la entrevista de tamizaje de detección precoz de la depresión en consultas de control del embarazo, la aplicación del instrumento de Escala de depresión de Edimburgo, en preintervención y postintervención, que mide síntomas depresivos, la aplicación de intervención educativa mediante sesiones de técnicas de psicoprofilaxis obstétrica y de estimulación perinatal temprana y la encuesta elaborada por el equipo investigador para poder observar el impacto de la metodología de la psicoprofilaxis y estimulación perinatal en la sintomatología depresiva. Para el análisis de los datos se aplicó la prueba t de Student y el paquete estadístico SPSS versión 18, para determinar la correlación del impacto de la psicoprofilaxis en la sintomatología depresiva en las adolescentes.

RESULTADOS

Grupo formado por adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años, estado civil soltera y unión libre, dedicadas a labores del hogar, con suspensión de actividades educativas. Nivel educativo secundaria terminada y provenientes de área urbana. Antecedentes ginecoobstétricos: cursado primer embarazo, 55.6% cursa segundo trimestre, predomina riesgo obstétrico bajo, sin complicaciones obstétricas en control prenatal. En el seguimiento 77.8% presentó parto normal. Presentan factores de riesgo como ansiedad materna, falta de apoyo de la pareja y cursar con un embarazo no deseado. En su participación en sesiones de psicoprofilaxis describen beneficios como mejoría en su estado de ánimo y la relación con su bebe en gestación, de acuerdo al análisis estadístico realizado por la encuesta elaborada por el equipo investigador. En relación a medición del nivel de depresión pre y postintervención educativa, mediante la aplicación de la Escala de depresión prenatal de Edimburgo; en el periodo de preintervención se reporta un promedio de 10.33 con sospecha de depresión y un 4.83 sin sospecha, en el grupo de adolescentes embarazadas participantes, posterior se implementa la intervención educativa sobre psicoprofilaxis y estimulación perinatal, realizando en periodo postintervención nueva aplicación de escala de depresión para su medición final obteniendo un promedio de 1.1 con sospecha de depresión, presentado una diferencia de 1.3 entre la medición preintervención y postintervención con una $t=10$ y una $p=.000$ encontrando una diferencia estadísticamente significativa.

PALABRAS CLAVE: Depresión, psicoprofilaxis, estimulación perinatal, embarazo adolescente.

¹<https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454> 21 de marzo 2018.

OBSTETRIC PSYCHOPHYLAXIS AND EARLY PERINATAL STIMULATION A GROUP THERAPEUTIC ALTERNATIVE FOR THE DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGICAL DECREASE IN ADOLESCENT MOTHERS

ABSTRACT

The group of adolescents constitutes an extremely important field of study, because it represents the age at which the active sex life begins. The World Health Organization (WHO) defines adolescence as the stage between the ages of ten and nineteen. 10% of births annually in the world are of teenage mothers, in Mexico it is a priority issue of sexual and reproductive health. The population of pregnant adolescents has become a health problem. Mexico ranks first in teenage pregnancy throughout Latin America". Therefore, the risk of developing depression is very high, considering that depression is classified as 21st century disease the OMS **Objective:** To understand depression in adolescent women and their relationship to psychoprophylaxis and perinatal stimulation have an effect on depressive symptomatology in a sample of pregnant adolescents who come to the rural hospital IMSS-Prospera No. 44 of Zacatipan, Tamazunchale S.L.P. **Methodology:** Quantitative study, quasi-experimental, in pregnant adolescents population (12-19 years), data collection through sociodemographic data and obstetric gynecology, screening interview for early detection of depression in pregnancy control consultations, application of the instrument of the Edinburgh Depression Scale, in preintervention and postintervention, which measures depressive symptoms, the application of educational intervention through sessions of obstetric psycho-prophylaxis techniques and early perinatal stimulation and the survey prepared by the research team to observe the impact of the methodology of psychoprophylaxis and perinatal stimulation in depressive symptomatology. For the analysis of the data, the Student t test and the statistical package SPSS version 18 were applied to determine the correlation of the impact of psychoprophylaxis on depressive symptomatology in adolescents. **Results:** Group formed by adolescents pregnant between 15 and 19 years old, single marital status and free union, dedicated to housework, with suspension of educational activities. Completed secondary education level and coming from urban area. Gynecological obstetric history: first pregnancy, 55.6% in second trimester, low obstetric risk predominates, no obstetric complications in prenatal control. At follow-up, 77.8% presented normal delivery. They present risk factors such as maternal anxiety, lack of support from the couple and attending with an unwanted pregnancy. In their participation in sessions of psychoprophylaxis describe benefits such as improvement in their mood and the relationship with their unborn baby. In relation to the measurement of the level of depression pre- and post-intervention educational, through the application of the Edinburgh Prenatal Depression Scale; In the preintervention period, an average of 10.33 with suspected depression and a 4.83 without suspicion are reported in the group of participating pregnant adolescents, after which the educational intervention on psychoprophylaxis and perinatal stimulation is implemented. Depression for its final measurement, obtaining an average of 1.1 with suspected depression, presented a difference of 1.3 between the preintervention and postintervention measurements with a $t = 10$ and a $p = .000$ finding a statistically significant difference. **Conclusions:** Obstetric psychoprophylaxis and early perinatal stimulation can be used to prevent and reduce depression in pregnant adolescents and the Edinburgh test is a useful tool to observe the behavior of depressive symptomatology during the gestation process. The timely detection of risk factors from prenatal consultation is a useful tool for the promotion of mental health in this vulnerable population group.

Keywords: Depression, psychoprophylaxis, perinatal stimulation, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El grupo de los adolescentes constituye un campo de estudio sumamente importante, porque representa la edad en que se inicia la vida sexual activa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los diez y los diecinueve años.

Es importante conocer las características de esta etapa, por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo, sabiendo que una adolescente se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada².

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en las madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes; cada día 41.095; cada hora 1.712. En América Latina, los países con mayor tasa de maternidad en las adolescentes son Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela, representando entre un 15% y un 25% de las adolescentes.³

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Asimismo, en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años.⁴

Según las estadísticas de natalidad que presenta el INEGI, en 2008 se registraron 457,929 partos de madres menores de 20 años, que representaron 17.4% del total de nacimientos registrados ese año y las mujeres adolescentes, de 15 a 19 años, representan 19.1% de las mujeres en edad reproductiva. Según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica en México 2009, ENADID 2009, la edad media a la primera relación sexual de las mujeres de 15 a 49 años son los 18 años, lo que las ubica entre las mujeres expuestas al riesgo de concebir un embarazo.⁵

La ENADID 2014 indica que en México ocurren 77 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años de edad.⁶ Por lo que el embarazo adolescente constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para las jóvenes como para sus hijos, la pareja, la familia, el ambiente y la comunidad que los rodea.

Posteriormente en una actualización de la información al mes de Noviembre del 2016, se registraron 47,574 adolescentes embarazadas, que representa el 27.8% respecto al total de embarazadas de todas las edades.⁷

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia es un asunto complejo con muchas razones para preocuparse, pues conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre como la del hijo y

² (FAILDE GARRIDO JM L. F., 2008).

³ Castro em. Programa. Crecer en la adolescencia. 67-60, 117. 2004.

⁴<https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>.

⁵ http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/madres_adolescentes1.pdf

⁶ http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf

⁷ Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes (ENAPEA) informe 2016 pág 120.

constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

De acuerdo con el Manual de la adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el embarazo en la adolescencia “es la gestación que ocurre durante los dos años posteriores al inicio de la menarquia cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”⁸.

Teniendo en cuenta que una de las principales líneas de investigación de dicha área de salud es el abordaje de esta problemática, surge la motivación por este estudio a partir de la situación antes mencionada, y de la inexistencia de estudios precedentes en el programa IMSS-Prospera en México y en la región Huasteca Sur de San Luis Potosí, por lo que se pretendió investigar como el método psicoprofiláctico y estimulación perinatal ayudan a la disminución de síntomas depresivos en las adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital IMSS-Prospera No.44 de Zacatipan Tamazunchale S.L.P. Por lo tanto, el presente trabajo conviene realizarlo ya que el índice demográfico en México, reporta que anualmente nacen más de 450 mil niños de madres no mayores de 20 años, lo que representa 16% del total de nacimientos en el país.

En el año 2000 había en México 5, 082,487 mujeres de entre 15 y 19 años de las cuales 608,070 ya tenía hijos. Además, entre enero de 1999 y febrero de 2000 se registraron 4,214 nacimientos en adolescentes de entre 12 y 14 años. Lo anterior significa que hasta esta última fecha un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya eran madres, y muchas de ellas tenían más de un hijo⁹. Las cifras descritas se han ido incrementando considerablemente hasta hoy.

La prevalencia de depresión prenatal fluctúa entre 7 al 20% a nivel internacional, cifra que se mantiene a nivel nacional ocupando el segundo lugar de las enfermedades mentales, se resume como un grave problema de salud pública y se presenta con mayor frecuencia en la edad reproductiva, por lo que el embarazo y el posparto podrían ser momentos de relevancia del desarrollo.¹⁰ Por lo tanto es de suma importancia atender una problemática de salud mental que tiene repercusiones a nivel bio-psico-social en la población mexicana, de manera muy particular en la región Huasteca Sur del estado de San Luis Potosí. La investigación que se brinda en el presente trabajo contribuye a tener una posible respuesta emocional ante las necesidades que aquejan a dicha población vulnerable.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud [OMS] define a la adolescencia como “el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitada por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, esta entidad la clasifica como: temprana de 10 a 13 años, media de 14 a 16 años y tardía de 17 a 19 años.”¹¹

A partir de 1974, la OMS empieza a prestar atención a la temática de la salubridad adolescente, dentro de ésta, plantea el embarazo en la adolescencia como “un problema creciente y de capital importancia, debido a que constituyen un fenómeno de gran impacto social, debido a que son generadores de graves consecuencias en la salud individual, familiar y colectiva.”¹²

⁸ Sliber, 1992.

⁹ <http://www.redalyc.org/html/292/29211992004/>

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva 369. OMS; 2017. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

¹¹ Rivero M, Schinini J, Feu M, González E. (2002) “Adolescencia y embarazo: Es un factor de riesgo”. *Revista médica del nordeste*.

¹² Gutiérrez G, Pascacio B, Cruz P, Carrasco M., (2002)” Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente.” *Revista enf. IMSS*.

En este mismo sentido, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] en México durante 2006 reporta que “la tasa de embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 de cada 1,000 mujeres; considerando la expansión de esta muestra, se estima que 695,100 adolescentes entre 12 y 19 años han estado embarazadas alguna vez, lo que indica la dimensión de este grupo en términos de demandas de servicios de salud para la atención de embarazos y partos”.¹³

Por lo tanto las adolescentes tienen una panorámica adversa ante una situación de embarazo: “el rechazo familiar, la expulsión de la escuela o la pérdida de la red social de amistades, con la consecuente depresión, aislamiento y baja autoestima.”¹⁴

Conscientes de lo anterior, en los últimos años se han intensificado los esfuerzos del Gobierno Mexicano a través de la Secretaría de Educación Pública (SEP), y la Secretaría de Salud (SSA) para prevenir y atender los problemas vinculados con el embarazo y la maternidad adolescente, por lo que se puede mencionar entonces que “se han mejorado y extendido los contenidos de educación sexual; con relación a los anticonceptivos posparto y posaborto, han intentado incorporar más decididamente a sus programas de planificación familiar y de salud reproductiva a la población adolescente.”¹⁵

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

En su forma más grave, puede conducir al suicidio, si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.¹⁶

En este contexto, algunos cambios en el estado mental y el funcionamiento pueden ser considerados como una parte normal del proceso, sin embargo, estos acontecimientos significativos y estresantes de la vida pueden incrementar el riesgo de un trastorno mental y de una nueva recaída precipitando un trastorno preexistente, en particular en las mujeres con otros factores de riesgo conocidos. Además, “las mujeres que están embarazadas o en el puerperio pueden desarrollar o tener los mismos problemas de salud mental que otros adultos”¹⁷

La depresión perinatal es un término usado para describir un episodio de depresión mayor durante el embarazo (también referido como el período ante parto o prenatal) o después del nacimiento (también conocido como período posparto o posnatal) o adopción de un bebé.¹⁸ Por

¹³ Sistema Nacional de Salud [SNS]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006).

¹⁴ Bojanini B, Gómez D. (2004) “Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes” *Revista colombiana de obstetricia y ginecológica*.

¹⁵ Gutiérrez G, Pascacio B, Cruz P, Carrasco M. (2002) “Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente.” *Revista enf. IMSS*.

¹⁶ OMS. Disponible en http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

¹⁷ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Deprepostparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

¹⁸ SSA. Guía de referencia rápida Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. Catalogo maestro de guías de práctica clínica SSA-666-14 disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Deprepostparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf 130717 14:00 hrs

lo que la depresión perinatal es más que “baby blues”, la diferencia radica en que estas se describen como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales, estos tienen una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto y los síntomas son de alivio espontáneos dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento, y no requieren de atención médica y/o psicológica.¹⁹

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.²⁰

En la población de adolescentes embarazadas existe mayor probabilidad de padecer de un trastorno depresivo la cual afecta al organismo, las formas de pensar y concebir la realidad, por lo que la atención hospitalaria tradicional puede no lograr los alcances propuestos con dicha población, por lo tanto existen otras formas de atención grupal que permitirían en menor tiempo y con mayor cobertura tener la posibilidad de lograr los beneficios a la promoción de la salud, como las actividades psicoprofilácticas.

Cabe mencionar que como parte de la historia de la psicoprofilaxis en México se dio el primer acercamiento con el Dr. Fedor Stefanovich quien presentó en México el primer trabajo sobre psicoprofilaxis obstétrica en el segundo congreso internacional de ginecología obstetricia y a partir de esto el Dr. Avila Sosa quien en esa fecha era director del hospital militar central, le invita a quedarse en México a trabajar en el hospital teniendo muy buenos resultados en la población del hospital y convirtiéndose este en la cuna institucional de la psicoprofilaxis obstétrica en México.²¹ Posteriormente ya para años posteriores y para ser concretos en el año de 1960 se forma la asociación mexicana de psicoprofilaxis obstétrica, encabezada por el Dr. Fuentes Calvo y el Dr. Santibáñez, ellos realizaron la capacitación del primer grupo de instructoras en psicoprofilaxis obstétrica, ya para el año de 1976 se acuña el término de “psicoprofilaxis perinatal” y se institucionaliza su práctica en el Instituto Nacional de Perinatología, cuyo director fundador y a quien se debe el conceptuar la psicoprofilaxis como perinatal es al Dr. Jurado García.²² La Psicoprofilaxis ha demostrado a lo largo de varias décadas su viabilidad como método de intervención clínica y promotora de salud en los procesos de gestación.

En una investigación realizada en Perú, las gestantes adolescentes que participaron en actividades psicoprofilaxis obstétrica mostraron mayor interés y responsabilidad respecto de asistir a su control prenatal, es así que “el 97.37% de ellas recibieron más de 7 controles prenatales, el 100% recibió al menos 6 de un total de 8 sesiones prenatales, 86.84% ingresaron en fase activa para su parto, el mismo porcentaje 86.84% tuvo parto vaginal, mientras que el 13.16% lo tuvo por cesárea, asimismo, el 7.89% utilizó la epidural, el 92.11% optó por la lactancia materna exclusiva, el 39.47% tenía una actitud positiva ante la llegada del bebé al inicio de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), mientras que esta cifra se

¹⁹ Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Rev Med Gral. 2000; 24: 452-6.

²⁰ SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA22016.embarazo, parto puerperio.pdf](http://www.cndh.org.mx/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA22016.embarazo,parto%20puerperio.pdf)

²¹ Psicoprofilaxis de los dolores del parto.historia de la psicoprofilaxis autor: velvovski i, platonov k, ploticher,v,shugón e. pág.7.

²² Elvovski I, Platonov K, Ploticher,V,Shugón (2014) Historia De La Psicoprofilaxis pág 15.

invirtió al final de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica PPO, lográndose una actitud positiva ante la llegada del bebé en el 100% de las gestantes adolescentes.”²³

Romero RC, Vargas JE. (México, 2014) en su trabajo, “Efecto de una intervención educativa en Psicoprofilaxis Obstétrica con mujeres gestantes.”, elaboró un programa educativo con tres sesiones durante una semana, se abordaron los temas de los ejercicios Psicoprofilácticos, desensibilización sistemática para el control de la ansiedad, Mindfulness y Aceptación del Dolor. Las tres sesiones duraron 90 minutos, y se concluyó que el programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica empleado es un método recomendable como medio educativo y preventivo, que reduce los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres gestantes. ²⁴

Solis H, Morales S. (Perú, 2012) en su investigación, “Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal”, se concluyó que la Psicoprofilaxis Obstétrica es mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto como fue al principio. Con el tiempo, se ha ido transformando en una profilaxis global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo para la gestación, parto y post parto. El campo toco-fisio-psicoterapéutico, incluye una preparación integral con información y educación complementada con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal y mental, lo que mejorará la calidad de vida en la madre y bebé.

Por sus beneficios probados científicamente, esta atención integral reduce los factores de riesgo en la gestación, parto y post parto. Se ha descrito que existe un menor riesgo a tener depresión post parto, al punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la educación prenatal por sus efectos positivos y beneficiosos en la madre, bebé y equipo de salud.²⁵

En México investigadores como Rodríguez Baeza (2017) y colaboradores desarrollaron el estudio “Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud”, realizado en Mérida Yucatán, México el objetivo fue estimar la prevalencia y los factores asociados a depresión prenatal, realizando un estudio cuantitativo, analítico y transversal, aplicando la escala de depresión de Edimburgo, escala de sucesos vitales de Holmes y el cuestionario de MOSS-SSS. Donde obtienen una prevalencia elevada de depresión prenatal de un 16.6% en adolescentes embarazadas, identificando como como factores relevantes, las dificultades con la pareja, la falta de apoyo emocional, vivir en unión libre y eventos adversos como la separación, dificultades sexuales, cambios alimenticios que influyen en la aparición de este trastorno.²⁶

Actualmente existen métodos de evaluación de la depresión en etapa gestacional como lo es en este caso la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) es una herramienta de tamizaje de cuadros depresivos cuyo fin inicial era detectar en periodo de posparto dicha patología, esta escala “ha sido utilizada en más de 23 países y ha sido validada para detectar cuadros depresivos en los tres trimestres del embarazo.”²⁷

²³ Yábar M. la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes: características y beneficios integrales. Horiz. Med. vol. 14 no.2 Limaabr./jun. 2014.

²⁴ Romero R. C, Vargas J. E. Efecto de una intervención educativa en psicoprofilaxis obstétrica con mujeres gestantes. E e-Magazine Conductitlán. 2014 Abr-Jun 1(1): 7-17.

²⁵ Solis H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med 2012; 12(2): 47-50.

²⁶ Rodríguez B. AK., May N. L. de J., Carrillo Basulto M. B. Rosado A.LMR. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017; 25 (3): 181-8

²⁷ web.minsal.cl/sites/default/.../InformeFinalproyectovalidacionEPDSembarazadas

México se posicionó en 2012 según los indicadores del Banco Mundial, en el noveno lugar entre los países de América Latina por su índice de embarazos adolescentes y para 2014 ocupó el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con una tasa de natalidad de 64.2 por cada mil nacimientos y esta tendencia se confirma con las cifras dadas por Save The Children (2016) que posiciona al estado de San Luis Potosí en el ranking 16 en la República Mexicana, donde entre 2007 y el 2012 existió un incremento de cerca del 15% en el registro de embarazos adolescentes lo que coincide con las cifras de la ENAID 2014, que evidencia un incremento porcentual similar en fecundidad adolescente de 15.92%²⁸

El embarazo en adolescentes es una problemática grave en la Microrregión (Huasteca Potosina), particularmente porque éstos se presentan en menores de 15 años; en los seis municipios se registró un total de 35 casos para 2014, cifra que puede ser mayor, toda vez que se identificaron 55 casos de mujeres cuyas edades no se especificaron.²⁹

Por lo tanto, el objetivo de la investigación es comprender la depresión en la mujer adolescente, y como su relación con la psicoprofilaxis y estimulación perinatal tienen un efecto en la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes embarazadas que acuden al hospital rural IMSS-Prospera No. 44 de Zacatipan Tamazunchale S.L.P. a través de la aplicación de la prueba de Edimburgo, antes y después de la intervención con psicoprofilaxis obstétrica y estimulación perinatal temprana.

METODOLOGÍA

El diseño del presente estudio es de tipo cuantitativo, cuasiexperimental, transversal y prospectivo en población de adolescentes embarazadas de 12 a 19 años, habitantes de área urbana y rural de localidades de áreas de acción intensiva del hospital rural no. 44 del programa IMSS-Prospera, pertenecientes al municipio de Tamazunchale S.L.P. El tamaño de la muestra se conformó de 15 adolescentes embarazadas, durante Enero a Julio 2017, los criterios de inclusión empleados fueron: rango de edad, cursar el segundo y/o tercer trimestre del embarazo, que acudieran a su control prenatal, pertenecer al universo de trabajo del hospital y que estuvieran notificadas del estudio mediante previo consentimiento informado.

Se realizó una invitación abierta a la población en control prenatal, considerando que este es el primer acercamiento con la institución de salud, por lo que se solicitó la autorización los directivos del IMSS Prospera No. 44 para poder implementar el presente trabajo, al inicio 15 adolescentes embarazadas respondieron favorablemente las cuales acudieron entre la sesión uno y tres, sin embargo debido a situaciones personales y familiares suspendieron su participación 6 adolescentes, razón por la que se excluyeron del estudio.

Si bien la institución a través del personal de enfermería en más de una ocasión invito a participar a las adolescentes solo permanecieron de manera continua 9 de ellas, por lo cual solo se consideró a estas como parte de la muestra obtenida, cabe mencionar que se les explico la naturaleza de la investigación, su derecho a aceptar participar o no en la misma ya que no fue obligatoria la participación.

Para analizar los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de Edimburgo en pre intervención y postintervención se utilizó la prueba T de Student, al ser una muestra de tamaño pequeño pero que sigue una distribución normal, y para el caso del procesamiento y análisis de los datos obtenidos de la encuesta se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18, para determinar la correlación del impacto de la psicoprofilaxis en la sintomatología depresiva en las adolescentes

²⁸<http://imes.gob.mx/wp-content/uploads/2017/02/Diagno%3%ACstico-Inicial-de-la-Situacio%3%ACn-de-las-mujeres-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-R-Huasteca-CentroElectro%3%ACnico.pdf>

²⁹<http://imes.gob.mx/wp-content/uploads/2017/02/Diagno%3%ACstico-Inicial-de-la-Situacio%3%ACn-de-las-mujeres-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-R-Huasteca-CentroElectro%3%ACnico.pdf>

El estudio tuvo las siguientes fases:

Búsqueda intencionada de adolescentes embarazadas que acuden a control prenatal en el área de consulta externa, sensibilización y firma de consentimiento informado para su participación.

Medición preintervención de Escala de Depresión de Edimburgo, para la obtención de una línea basal previa a la aplicación de la metodología de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación perinatal, aplicación de la entrevista de tamizaje que detecta riesgos de depresión en la mujer embarazada, la recopilación de datos fue mediante citas programadas así como las actividades previamente establecidas dentro la institución de salud, obteniendo previa autorización de los directivos, el personal investigador fue capacitado para la aplicación del instrumento, realizándose de manera individual con cada participante.

Se implementó el curso taller de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación perinatal mediante dinámica grupal que tuvo una duración de doce sesiones de tres horas cada una, donde se desarrollaron los siguientes temas: Gimnasia obstétrica, técnicas de relajación mental guiada, estimulación perinatal visual, auditiva y táctil, masaje Shantala, sesiones de enseñanza con material audiovisual y técnicas demostrativas.

Medición postintervención de escala de Depresión de Edimburgo y aplicación de la encuesta elaborada por el equipo investigador para poder observar el impacto de la metodología de la psicoprofilaxis y estimulación perinatal implementada en la disminución de la sintomatología depresiva en la adolescente.

En el desarrollo del estudio se describieron además las características sociodemográficas del grupo de adolescentes embarazadas: edad, nivel educativo, estado de salud y estado civil, religión. Así como la descripción de los antecedentes gineco obstétricos de las participantes. De manera específica en la medición de síntomas de depresión se utilizó la escala de depresión de Edimburgo (EPSD) con su aplicación pre y postintervención.

Se utilizó como instrumento para la recolección de datos una cedula de datos sociodemográficos y de antecedentes gineco obstétricos, así como la escala de depresión prenatal de Edimburgo que es una herramienta adecuada para el tamizaje de cuadros depresivos, esta escala es autoaplicable, con un alfa de Cronbach de 0.845. Además, tiene validez para su aplicación en el proceso de gestación, este instrumento consta de 10 preguntas cortas que exploran síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo durante los últimos quince días; cuestionario de respuesta politómica con cuatro opciones de respuesta cada uno, de acuerdo a la severidad de los síntomas.

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada: a=0 puntos; b=1 punto; c=2 puntos; d=3 puntos. El puntaje total va de 0 a 30 puntos, se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems. Durante el embarazo Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión, en el posparto, una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto. Un puntaje positivo en la pregunta 10 requiere evaluación adicional e inmediata.

Se utilizó una encuesta al final de la intervención de psicoprofilaxis, con el objetivo de obtener datos estadísticos que permitan determinar la correlación entre las variables definidas en el planteamiento del problema, el instrumento se realizó de acuerdo a las manifestaciones de la depresión y el método psicoprofiláctico obstétrico, descritas dentro del marco teórico; el instrumento consta de 16 preguntas con respuestas de opción múltiple el cual se les asignó un puntaje de (2, 1, 0).

Por lo que se buscó medir la disminución de la sintomatología depresiva, quedando conformada de la siguiente manera las preguntas del 1 al 8 exploran la permanencia de sintomatología depresiva, y las preguntas del 9 al 16 exploran el impacto de la psicoprofilaxis en la mejoría del estado emocional de las adolescentes.

La forma de calificación de cada variable fue de la siguiente manera, de la pregunta número 1 a la 8 que responden a la variable dependiente (depresión) se les asigno un puntaje de la siguiente manera: Opción A = 2, Opción B = 0, Opción C = 1

La forma de calificación de la variable independiente (metodo psicoprofilactico) fue de la siguiente forma, de la pregunta número 9 a la número 16, se les asigno un puntaje de la siguiente manera: Opción A = 2, Opción B = 1, Opción C = 0

En el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18, para determinar la correlación del impacto de la psicoprofilaxis en la sintomatología depresiva en las adolescentes.

RESULTADOS

De acuerdo al análisis de la encuesta de datos sociodemográficos de la población de adolescentes estudiada se observó que el promedio de edad es de 17 años, con una desviación estándar de 1.5 años, una edad mínima de 15 años y máxima de 19 años, viviendo aún con sus padres. Relativo a la ocupación se describe que un 55.5% se desempeñan como amas de casa, y un 44.4% refiere continuar su preparación escolar.

Se observa además que el 55.6% del grupo estudiado proviene de área urbana, así como un 44.4% reside en las localidades asignadas al hospital como áreas de acción intensiva en la zona rural. Respecto al nivel educativo el 66.7% de las adolescentes embarazadas refiere haber terminado el nivel secundaria completa, el 11.1% participante refiere haber iniciado estudios de nivel bachillerato y se cuenta además con un 11.1% que solo concluyo estudios de nivel primaria.

Con relación a los antecedentes gineco obstétricos del grupo de estudio de adolescentes embarazadas se encuentran cursando su primer embarazo, sin haber presentado abortos o cesáreas previas. El 55.6% del grupo se encuentra en el tercer trimestre del embarazo en contraste con el 44.4% que cursa el segundo trimestre de embarazo. No se refiere en su control prenatal complicaciones obstétricas.

De este grupo el 11.1% cursa de 15 a 20 semanas de gestación, el 44% de la población cursa de 21 a 30 semanas y el 44.4% se encuentra entre la 31 a 40 semanas de gestación y próximas al primer parto. Respecto a la medición del riesgo obstétrico se observa que el 11.1% presenta riesgo alto, 44.4% riesgo bajo y un 44.5% sin riesgo obstétrico. En el seguimiento de las pacientes durante la intervención realizada, se observa que el 77.8% de la población estudiada presentó parto normal y un 22.2% continúan en estado de embarazo.

Existen factores de riesgo que son susceptibles de originar cuadros de depresión los cuales mediante una entrevista de tamizaje de detección precoz de la depresión en consultas de control del embarazo, permiten detectar mujeres en riesgo de desarrollar depresión, analizando estos factores en la población de estudio se obtuvieron los siguientes resultados: Los antecedentes familiares presentan un riesgo bajo, a diferencia de los antecedentes personales existe presencia de ansiedad materna en un 44.4%, al describir las relaciones con su pareja se describe en este punto una falta de apoyo en un 55.6%, con relación a que sufrieron violencia domestica el 55.6% refiere si se presentó en su caso, analizando si el embarazo fue planeado y deseado, el 55.6% refiere que este es un embarazo no deseado, además el 66.6% refiere que al momento ya no vive con su pareja; constituyéndose estos factores como de alto riesgo para presentar cuadros de depresión en este grupo de población. Cabe mencionar que la prueba de tamizaje tiene por fin aumentar la detección precoz de pacientes con depresión y realizar intervenciones preventivas dirigidas a pacientes con alto riesgo, pero que sirven únicamente para detectar una posible depresión, y siempre es necesario confirmar posteriormente con alguna prueba validada diseñada para dicho fin.

Respecto a los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de Edimburgo para la detección de niveles de depresión se observan los siguientes resultados. En el periodo de preintervención se obtuvo un puntaje global de 66.7% sin riesgo de depresión, cabe mencionar que por el puntaje obtenido estuvieron a un punto de entrar en el rango de depresión, de

acuerdo a lo que indica la escala, pero que debido a que no se puede mencionar de esa manera fue necesario ubicarlas sin riesgo de depresión, en el caso del 33.3% de la población de estudio cumplió con los puntajes necesarios para indicar que se encuentran con riesgo de depresión; posteriormente se inició la participación del grupo participante en las sesiones y talleres, al término de los mismos se realizó la medición postintervención observando en el puntaje global de medición de 88.9% sin riesgo de depresión, en la cual el 66.7% que anteriormente estaba a punto de cumplir con los puntajes de riesgo de depresión después de la intervención disminuyeron considerablemente los puntajes, por lo que se alejaron notablemente de entrar en la categoría de depresión, y un 11.1% con riesgo de depresión quedo presente.

Evaluando la participación del grupo de adolescentes embarazadas que participaron en el taller de psicoprofilaxis y estimulación prenatal y de acuerdo a los resultados obtenidos del análisis estadístico de la encuesta aplicada que busca observar la disminución de la sintomatología depresiva a través del método psicoprofiláctico se refiere que el 100% fueron beneficiadas al realizar los ejercicios propios y las técnicas de relajación de este método; refieren además en un 100% que es más agradable su embarazo desde que asiste a las sesiones, el 88.9% nota una gran mejoría en su estado de ánimo desde que se integró al grupo de estudio. El 100% considera que mejoró la relación con su bebe en gestación desde su integración y consideran que estas son buenas para ser más feliz, así como el total del grupo describe que las actividades de relajación y el método Lamaze son fundamentales para disminuir la depresión, además el 77.8% refiere sentirse sin depresión al estar participando en el curso de psicoprofilaxis. Estos resultados tienen relación con la aplicación de la prueba de Edimburgo realizada también al final de la intervención psicoprofiláctica.

Aplicando la prueba estadística de t Student en la medición de la Escala de depresión de Edimburgo; en el periodo de preintervención se reporta un promedio de 10.33 con sospecha de depresión y un 4.83 sin sospecha, en el grupo de adolescentes embarazadas participantes, posterior se implementa la intervención educativa sobre psicoprofilaxis y estimulación perinatal, realizando en periodo postintervención nueva aplicación de escala de depresión para su medición final obteniendo un promedio de 1.1 con sospecha de depresión, presentado una diferencia de 1.3 entre la medición preintervención y postintervención con una $t=10$ y una $p=.000$ encontrando una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 2.- Medición preintervención y postintervención del grado de depresión en adolescentes embarazadas que reciben atención prenatal en el hospital rural IMSS-Prospera No. 44 Zacatipan Tamazunchale S.L.P.

| Variable depresion | estadístico | Pre intervención | Post intervención | diferencia | P* |
|---------------------------|-------------|------------------|-----------------------|------------|------|
| Sin sospecha de depresión | Media | 4.83 | 1.38 | 1.3 | .000 |
| | Mínimo | 2 | Sin sospecha | | |
| | Máximo | 7 | Sospecha de depresión | | |
| | DE++ | 2.229 | .518 | | |
| Sospecha de depresión | Media | 10.33 | 1.00 | 1.1 | .000 |
| | Mínimo | 10 | Sin sospecha | | |
| | Máximo | 11 | Sospecha de depresión | | |
| | DE++ | .577 | .500 | | |
| | t | 8.00 | 10.00 | | |

Fuente: Directa. Enero Julio 2017

De acuerdo a los resultados obtenidos en la intervención, se puede observar que esta tuvo un impacto favorable en la disminución de la sintomatología depresiva, donde la población presenta gran aceptación por la metodología psicoprofiláctica y de estimulación perinatal temprana aplicada a las madres adolescentes que participaron en dicha investigación, cabe resaltar que los ítems que reflejan los porcentajes de depresión disminuyeron

considerablemente por lo que se concluye que la intervención dio un resultado positivo en relación con la depresión desarrollada en las madres adolescentes.

Se puede inferir entonces que la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación perinatal temprana pueden ser utilizados adecuadamente para prevenir y disminuir cuadros de depresión en adolescentes embarazadas y que la prueba de Edimburgo es una herramienta útil para observar el comportamiento de la sintomatología depresiva durante el proceso de la gestación.

Tal como lo mencionan investigadores "La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión, por lo que este instrumento también ha sido ampliamente validado como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo, cabe hacer mención que ha sido validada para su uso en el embarazo por Murray & Cox, con un punto de corte de 14/15 para probable depresión. Esta validación se realizó entre las 28 y 34 semanas de gestación"³⁰ La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una herramienta adecuada para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, breve y fácil de aplicar cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo.

DISCUSIÓN

En el desarrollo del presente estudio, relativo a los factores de riesgo encontrados, se observa de manera importante la ansiedad materna, así como la falta de apoyo de la pareja, presencia de violencia doméstica, embarazo no deseado y no vivir con su pareja; se coincide en estos hallazgos con Rodríguez Baeza y colaboradores (2017), en el estudio "Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión prenatal en una institución de salud", realizado en Yucatán México haciendo referencia a la falta de apoyo emocional para desencadenar depresión, situaciones vitales como la separación, la ruptura con la pareja presentan diferencias significativas. Factores como estar satisfechos con el apoyo familiar, de pareja, apoyo de la red social, son pautas de bienestar emocional para evitar cuadros depresivos en las adolescentes embarazadas.

Sin embargo, se difiere con estos investigadores en los resultados obtenidos sobre los factores de riesgo para presentar depresión enfocados a los antecedentes heredofamiliares donde los datos recabados en este trabajo revelan un riesgo bajo para influir en cuadros de depresión de las adolescentes embarazadas, estos datos contrastan con los obtenidos por Rodríguez Baeza y colaboradores, quienes refieren que dentro de los antecedentes familiares el 15.8% de las madres de los sujetos de estudio habían padecido depresión y el 6.2% de los padres también presentaron cuadros depresivos, presentando dos veces más riesgo para padecer este trastorno.

Bao Alonso, Vega y Saona (2010). En el estudio para estimar la prevalencia de depresión durante la gestación y estudiar factores asociados en Lima Perú, utilizando la escala de Edimburgo encontraron que los factores asociados con mayores puntajes en la EPDS fueron: ser soltera, no tener educación superior, no desear la gestación y haber presentado diagnóstico previo de depresión. Se coincide con estos autores en el resultado obtenido de los factores de riesgo como son estado civil soltera y embarazo no deseado, difiriendo en que en el presente estudio no existe un diagnóstico previo de depresión, aunque si se identifica como factor referir ansiedad materna.³¹

³⁰ Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of a 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-786.

³¹ Bao Alonso MP, Vega-Dienstmaier JM, Saona-Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista de Neuro Psiquiatría*. Vol. 73. Núm. 3. 2010. ISSN: 0034-8597. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372036931006.pdf> consultado: 21 07 17 16: 38 hrs

De acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo, mediante la intervención realizada, y el análisis estadístico que se realizó a los datos obtenidos de la encuesta elaborada por el equipo investigador y aplicada al final de las actividades psicoprofilácticas se puede observar que esta tuvo un impacto favorable, evaluando la participación del grupo de adolescentes embarazadas que asistieron en el taller de psicoprofilaxis y estimulación prenatal donde el 100% refiere que han sido beneficiadas al realizar los ejercicios propios y las técnicas de relajación de este método y notan una gran mejoría en su estado de ánimo desde su integración al grupo de estudio, además mejoró la relación con su bebe en gestación y al finalizar su embarazo, este concluyó en parto normal y aceptación de lactancia materna como método de alimentación del recién nacido. Se coincide con estos resultados con Yabar M. (2014), al observar la relación de la psicoprofilaxis en gestantes adolescentes sus características y beneficios integrales en Perú, donde las gestantes adolescentes que participaron en actividades psicoprofilaxis obstétrica mostraron mayor interés y responsabilidad respecto de asistir a su control prenatal, al acudir a su clínica para recibir atención de su trabajo de parto ingresaron en fase activa, un 86.84% presentó parto vaginal, y el 92.11% optó por la lactancia materna exclusiva, se tuvo una actitud positiva ante la llegada del bebé al inicio de las sesiones de la psicoprofilaxis, mientras que el esta cifra se invirtió al final de las sesiones, lográndose una actitud positiva ante la llegada del bebé en el total de las gestantes adolescentes.”³²

Romero RC, Vargas JE. (2014) En su trabajo desarrollado en México, evaluando el efecto de una intervención educativa en psicoprofilaxis obstétrica con mujeres gestantes, elaboró un programa educativo con tres sesiones durante una semana, se concluyó que el programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica empleado es un método recomendable como medio educativo y preventivo, que reduce los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres gestantes. Estos hallazgos son semejantes a los encontrados en el presente trabajo donde el grupo de adolescentes embarazadas que participaron en el taller de psicoprofilaxis y estimulación prenatal refieren que han sido beneficiadas al realizar los ejercicios propios y las técnicas de relajación de este método; así como le ayudó a disminuir su estado de tristeza, el total del grupo describe que las actividades de relajación y gimnasia obstétrica son fundamentales para disminuir la depresión, además el 78% refiere sentirse sin depresión al estar participando en el curso de psicoprofilaxis.

CONCLUSIONES

Las adolescentes embarazadas constituyen un grupo etario que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos, lo cual si se relaciona con el embarazo ocasiona una demanda mayor en el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Debido a que la población cada vez va en aumento, los esfuerzos institucionales parecieran ser insuficientes, considerando además que el personal profesional en resolución de problemas de salud mental es escaso y se tienen pocos espacios para trabajar con la población de adolescentes embarazadas, por tal motivo resulta importante aplicar metodologías de tipo grupal, ya que estas permiten cubrir una población más extensa en trabajos psicoterapéuticos y en menor tiempo, por lo tanto la psicoprofilaxis obstétrica se vuelve un mecanismo viable para las instituciones que deseen atender a su población en cuestión y con ello innovar en mecanismos que permitirían fortalecer los métodos tradicionales como las consultas prenatales.

Con respecto a los resultados obtenidos en los factores de riesgo se puede observar que la población de adolescentes embarazadas y que acuden al hospital rural IMSS-Prospera No. 44 de Zacatipan, Tamazunchale S.L.P. compartieron en común factores de riesgo que tienen una relación directa con la sintomatología depresiva desarrollada hasta ese momento, por lo cual se puede inferir que una detección previa de dichos tópicos de riesgo pueden ayudar a prevenir

³² Yábar M. la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes: características y beneficios integrales. Horiz. Med. vol.14 no.2 Lima abr./jun. 2014

una depresión grave en las madres adolescentes. La detección oportuna desde la aplicación de la historia clínica donde se puede incluir además la entrevista de factores de riesgo como una herramienta útil para la promoción de la salud mental en esta población vulnerable.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la intervención, se puede observar que esta tuvo un impacto favorable en la disminución de la sintomatología depresiva, donde la población presenta gran aceptación por la metodología psicoprofiláctica y de estimulación perinatal temprana aplicada a las madres adolescentes que participaron en dicha investigación, cabe resaltar que los ítems que reflejan los porcentajes de depresión disminuyeron considerablemente por lo que se concluye que la intervención dio un resultado positivo en relación con la depresión desarrollada en las madres adolescentes.

La Psicoprofilaxis Obstétrica, se considera mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, por lo que significa es un "sistema educativo preventivo del estrés y el dolor obstétrico, que prepara a la pareja gestante para responder a las necesidades del embarazo, del trabajo de parto y el nacimiento, en esta etapa ya se considera que la preparación debe abarcar, desde el punto de vista educativo las áreas cognoscitiva, afectiva y psicomotriz."³³

Por sus beneficios probados científicamente, esta atención integral reduce los factores de riesgo en la gestación, parto y post parto. Se ha descrito que existe un menor riesgo a tener depresión post parto, al punto que la Organización Mundial de la Salud, recomienda la educación prenatal por sus efectos positivos y beneficiosos en la madre, bebé y equipo de salud.³⁴

De acuerdo con las recomendaciones emitidas por la guía de práctica clínica para la prevención, manejo y tratamiento de la depresión prenatal, las mujeres identificadas en riesgo de suicidio (a través de la evaluación clínica o de la escala de Edimburgo) deben ser específicamente evaluadas. Cualquier riesgo inmediato deberá ser manejado y deberán considerarse las opciones de asistencia y tratamiento. También debe preguntarse por la seguridad del niño. A su vez siempre que sea posible, es recomendable un manejo multidisciplinario que involucre al equipo de salud.

RECOMENDACIONES:

El no atender a la población de gestantes adolescentes podría tener un impacto a nivel biológico y psíquico en el ser humano que se encuentra por nacer, además tiene un efecto indirecto en la sociedad. Por lo tanto se sugiere que en un momento primario desde que la gestante acude a la institución de salud, aunado a un diagnóstico clínico elaborado por el médico de la unidad, se pueda incluir en la historia clínica la entrevista de factores de riesgo que coadyuven a detectar una posible depresión, posterior a ello aplicar la prueba de Edimburgo, una vez realizado esto si existiese sintomatología depresiva poder ser canalizada al área de psicología y este departamento a su vez trabajar en grupo con la metodología de psicoprofilaxis obstétrica, cabe hacer mención que no solo el personal del área de psicología podría utilizar dicho método sino que tan bien todo el equipo multidisciplinario de salud, como el personal médico y de enfermería, trabajo social, asistentes comunitarios, que sean capacitados de manera previa para la intervención obstétrica psicoprofiláctica.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a los directivos del Hospital Rural IMSS-Prospera No. 44 y al personal de enfermería adscrito a la consulta externa de esta institución por su valioso apoyo y

³³ Elvovski I, Platonov K, Ploticher,V,Shugón (2014) Historia De La Psicoprofilaxis.

³⁴ Solis H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med 2012; 12(2): 47-50.

colaboración durante la realización del presente estudio, así como al PLESS Sergio Florentino González de la CARHS UASLP por su valiosa colaboración en la realización de este protocolo.

Los autores del presente trabajo declaran que no existe conflicto de intereses en la realización de este estudio.

CONCLUSIONES

La psicoprofilaxis obstétrica y estimulación perinatal temprana pueden ser utilizados adecuadamente para prevenir y disminuir cuadros de depresión en adolescentes embarazadas y la prueba de Edimburgo es una herramienta útil para observar el comportamiento de la sintomatología depresiva durante el proceso de la gestación. La detección oportuna de factores de riesgo desde la consulta prenatal se constituye como una herramienta útil para la promoción de la salud mental en este grupo de población vulnerable.

Bibliografía

- Antonio Triana Torres, J. R. (2013). Plan de acción para elevar conocimientos sobre embarazo y sus riesgos en adolescentes atendidas en el Hogar Materno Carlos J. Finlay. *Revista Habanera de Ciencias Médicas vol. 12 No. 3.*
- Bastidas Ortiz, M. L. (2014). Conocimiento y aplicación de psicoprofilaxis del trabajo de parto en gestantes del Centro de Salud El Dorado de Puyo año 2013-2014. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/12116>.
- Basulto, J. S. (2007). Psicoprofilaxis perinatal: preparación. *Psicología y Salud, Vol. 17, Núm. 2.*
- Bojanini B., J. F., & Gómez D., J. G. (2004). Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 55, núm. 2.*
- Ecuador, M. d. (2014). Norma Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. En M. d. Normatización, *Norma Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal*. Quito Ecuador.
- FAILDE GARRIDO JM, L. F. (2008). PRACTICAS SEXUALES DE CHICOS Y CHICAS ESPAÑOLES DE 12 A 14 AÑOS DE EDAD. *GAC SANIT*, 15-22.
- Gutierrez G, P. B. (2002). Situación Sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente. *Revista de enfermería del IMSS.*
- J.E., R. R. (2014). Efecto de una intervención educativa en psicoprofilaxis obstétrica con mujeres gestantes. *Ee-Magazine Conductitlan.*
- JL, F. G. (2008). Prácticas Sexuales de chicos y chicas españoles de 14 - 24 años de edad. *Gac Sanit.*
- López, J. L. (2013). Programa educativo sobre el método del parto psicoprofiláctico. *Revista Medica Electronica Portales Medicos. com.*
- M, E. J. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria Vol. 48.*
- Martínez Lanz, P., & Romano, W. K. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e investigación en Psicología Vol. 14 No. 2.*

- Martinez, a. J. (2002). autoestima y depresion en adolescentes embarazadas. *desarrollo científico enfermeria vol. 20 No. 2.*
- Martinez, A. J. (2002). autoestima y depresion en adolescentes embarazadas. *desarrollo científico enfermeria vol 20 No. 2.*
- Mexicana, S. N. (2016). para la atencion de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. *Diraio Oficial de la federacion.*
- Mujeres, I. N. (2011). Madres adolescentes.
http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres_adolescentes1.pdf.
- Mujeres, I. N. (2016). Estrategia Nacional para la prevencion del embarazo en adolescentes (ENAPEA). <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/221292/informe-2016-ENAPEA.pdf>.
- mujeres, I. N. (26 de Octubre del 2017). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>.
- P., B. A.-D.-U. (2010). Prevalencia de depresion durante la gestacion . *Revista de Neuropsiquiatria Vol. 73 No. 3.*
- P., H. S. (2010). Metodologia de la investigacion. *Ed McGraw Hill 5a edicion.*
- Peña, M. Y. (2014). La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horizonte Medico vol.14 no.2.*
- Peña, M. Y. (s.f.). La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horizonte Medico. vol.14 no.2 .*
- Perez Cardenas C, S. C. (1996). Propuesta Metodologica para la psicoprofilaxis de la embarazada. *Revista Cubana Medica General Integral Vol. 12 No. 4.*
- Poblacion, C. N. (2014). ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA 2014.
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf.
- Poblacion, C. N. (2015). Encuesta Nacional de la dinamica demografica 2014. *instituto nacional de estadistica y geografia.*
- Reyes Hoyos, L. M. (2004). Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal.
cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2985.
- Rivero M, S. J. (2002). Adolescencia y embarazo: Es un factor de Riesgo. *Revista medica del nordeste Vol. 3.*
- Rodriguez B. AK., M. N. (2017). Prevalencia y factores asociados a depresion prenatalen una institucion de salud. *Revista de Enfermeria del Instituto Mexicano del Seguro Social .*
- S., G. E. (1983). Psicoprofilaxis en el embarazo. *Revista de la asociacion española de Neuropsiquiatria Vol. 3 No. 6.*
- salud, L. g. (2011). Secreterai de salud . www.salud.gob.mx.

- Salud, O. M. (2017). Salud mental depresion .
www.who.int/mental_health/management/depression/es/.
- salud, S. d. (2014). Prevención, Diagnóstico y manejo de la depresion prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atencion. *Guia de referencia rapida, Catalogo maestro de guías de practica clinica SSA-666-14*.
- Sapien Lopez, J. S., & Salguero Velazquez, M. A. (2008). Cuidado Psicoprofilactico del embarazo: Experiencias de mujeres y hombres. *Psicologia y sociedad Vol 20 No. 3*.
- SDPNOTICIAS.COM. (03 de MAYO de 2017). *Vinculan embarazo en adolescentes a depresión*.
- Solis Linares Humberto, M. A. (2012). Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y. *Horizonte Médico, vol. 12, núm. 2*.
- VELVOVSKI I, P. K. (2014). Historia de la psicoprofilaxis.
<https://documents.mx/documents/historia-de-la-psicoprofilaxis.html>.
- Waysel, P. M. (2009). DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. *ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA VOL. 14, NUM. 2*.