

**Síntomas depresivos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital
Moreno Vázquez de Gualaceo, Enero-Marzo 2019**

Depressive Symptoms in pregnant teenagers seen in the Hospital Moreno Vázquez of
Gualaceo, January-March 2019

Doménica Michelle Campoverde Córdova

docampoverde@gmail.com

Universidad Católica de Cuenca

Resumen

El embarazo en la adolescencia conforma una problemática a nivel económico, social y de salud pública que ha ocasionado preocupación por el incremento en todo el mundo. El objetivo de esta investigación es describir síntomas depresivos, caracterizar a las adolescentes gestantes según variables clínicas y sociodemográficas; además, identificar los niveles de depresión y la intensidad de los síntomas depresivos que evidencian las gestantes adolescentes a la par de establecer la asociación entre los niveles depresivos identificados y las variables sociodemográficas y clínicas que caracterizan a las adolescentes gestantes.

La metodología utilizada en esta investigación es de tipo exploratorio-descriptivo, tiene como finalidad describir, caracterizar, identificar y establecer datos en la población de adolescentes gestantes de manera cuantitativamente, en el periodo enero-marzo 2019, con una población de cincuenta adolescentes gestantes entre catorce y diecisiete años de edad que acuden a consulta médica en el Hospital Moreno Vázquez del cantón Gualaceo; la información de cada usuaria se obtuvo de registros digitales del área gineco-obstetra, fichas registradas en el área estadística y entrevistas con las usuarias.

Los resultados obtenidos demuestran la existencia de síntomas depresivos durante la gestación en las adolescentes investigadas; la edad promedio de estas jóvenes embarazadas es 16 años; de ellas, el cuarenta y ocho por ciento presentan Distimia; veinticuatro adolescentes continúan con su estudio, la población restante ha tenido que buscar empleo o asumir el trabajo de ama de casa. El 70% de ellas conviven con la pareja., el 38% de la población estudiada referencia mala relación parentofilial.

Palabras claves: Embarazo, adolescente, depresión prenatal, gestante.

Abstract

Pregnancy in adolescence is a problem at the economic, social and public health levels, and has caused concern due to the its increase around the world. The objective of this research is to describe depressive symptoms, to accordingly characterize the socio-demographic and clinical variables; aim to identify levels of depression and the intensity of the symptoms while at the same time establish an association between depressive variables, clinics and socio-demographic levels in pregnant adolescents.

The methodology used in this research is exploratory-descriptive, aims to define, characterize, identify and establish data of the population in a quantitative manner, during the period of January – March 2019 with a population of fifty pregnant adolescents between fourteen and seventeen years old who come to medical consultation; the information of each user/participant was obtained from the digital registers of the gynecological-obstetric area, registered records from the statistical area and interviews with users.

The obtained results show the existence of depressive symptoms during the pregnancy of adolescents researched; the age of these young pregnant women is 16 years; of these, forty-eight percent have Dysthymia; Twenty-four teenagers continue their study, the remaining population has had to seek employment or take on the work of a housewife. 70% of them live with the couple., 38% of the population studied refer poor parentofilial relationship.

Key words: Pregnancy, Teenager, Prenatal Depression, Pregnant.

Introducción

El incremento del embarazo adolescente es una realidad mundial; este crecimiento es evidente cada vez más en edades precoces, dado al temprano inicio de la actividad sexual y las condiciones socioculturales son posibles determinantes de este aumento, lo que ha ocasionado se convierta en un problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) señala a esto como un proceso riesgoso para la salud de la gestante, al considerar las consecuencias existentes para la madre y el feto, además, el cambio que se efectúa en la parte social y personal trae consigo problemáticas en la parte psicológica, física y especialmente en torno al propósito de vida de los/las adolescentes (Jimenez, Granados, & Rosales, 2017).

En países de América Latina como Panamá, Nicaragua y Guatemala conjuntamente con el Caribe según informe emitido en el año 2018 por la OMS y OPS, son regiones que continúan siendo la segunda tasa de fecundidad adolescente más alta del mundo, encabezando cifras de 15,8 por cada 1000 mujeres a 100,6 cada 100 mujeres durante los años 2010 a 2015; actualmente se ha desarrollado medidas de prevención para detener y disminuir este incremento de gestantes adolescentes (OPS, 2018).

Ecuador no se exime de esta realidad, estando detrás de Bolivia y Venezuela que son países con la tasa más alta de gestantes adolescentes de América del Sur entre diez y diecinueve años de edad; en nuestro país se registra un incremento de embarazos precoces 5,8 nacidos por cada mil mujeres de entre 12 a 17 años de edad, según cifras registradas en el país del 50,1% de nacimientos en el 2016 el 19,4% pertenece de madres de entre 15 y 19 años de edad (MSP, 2019).

En el cantón Gualaceo existen pocos estudios acerca de esta temática, en el año 2011 se realiza una investigación sobre embarazo adolescente tomando como muestra a 75 adolescentes gestantes donde muestra que el 69,30% son gestantes de 17 a 19 años de edad; en el año 2016 se realiza otra investigación en 1800 adolescentes escolarizadas quienes el 5.2% de ellas tuvo su primer hijo antes de los 15 años de edad, lo que genera preocupación por los altos índices de adolescentes embarazadas (Gárate & Pacurucu, 2017).

El objetivo de esta investigación es describir síntomas depresivos, caracterizar a las adolescentes gestantes según variables clínicas y sociodemográficas; además, identificar los niveles de depresión y la intensidad de los síntomas depresivos que evidencian las

gestantes adolescentes a la par de establecer la asociación entre los niveles depresivos identificados y las variables sociodemográficas y clínicas que caracterizan a las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Moreno Vázquez del cantón Gualaceo (HMVG).

Para empezar conocemos que la adolescencia es una etapa de desarrollo, evolución y avance; periodo vital que define el final de la niñez y el inicio de la adultez; la adolescencia hace referencia al comienzo de la edad fértil, deseo sexual, desarrollo sexual y cambios psicológicos emocionales; cabe mencionar que esta etapa de transición a la vida adulta implica un cambio sociocultural de los papeles madre-esposa para las mujeres (Mora & Hernández, 2015).

El desarrollo de la sexualidad representa la maduración de los deseos, emociones, sentimientos y fantasías, la maduración de estos factores nos permite reconocernos y actuar como un ser sexuado creando una única identidad sexual, que incluyen aspectos como orientación sexual y rol de género (Carrillo & Manzanero, 2018).

Dentro de este proceso de identificarse los intereses, gustos, roles, deseos, aficiones de los adolescentes ira cambiando constantemente debido a la inquietud por probar y explorar nuevas y distintas opciones, formando así la propia autoestima, auto concepto, autonomía que será influenciado por el entorno social y familiar que ejerce presión durante la formación de la personalidad (Gálvez, Rodríguez, Lugones, & Altunaga, 2017).

De igual manera, este ciclo de transición brinda cambios en varias áreas del desarrollo tales como el físico, emocional, cognitivo –conductual y social. Los cambios cognitivos del adolescente como la forma de razonar y pensar se vuelven más abstractos, logran diferenciar con claridad lo real de lo posible de esta manera dan lógica a diferentes hechos, así como el pensamiento; las emociones se complejizan dando paso a problemas emocionales como depresión o ansiedad (Jimenez, Granados, & Rosales, 2017).

Dicho lo anterior, la depresión se describe como una alteración en el estado anímico donde los sentimientos de tristeza, pérdida, frustración o ira interfieren en diferentes áreas de desenvolvimiento durante un prolongado periodo de tiempo, esta enfermedad aqueja a personas adultas, adolescentes, adultos mayores y niños (De la A Orta, 2018). Las causas de la depresión varían para cada individuo, sin embargo, puede ser desencadenada

por hechos estresantes, problemas por consumo de drogas, afecciones medicas de largo plazo, entre otros; que trae como consecuencia aislamiento social, bajo rendimiento en áreas de crecimiento personal, ideas referentes al suicidio e irritabilidad constante (Mejia, y otros, 2018).

La depresión abarca varios síntomas que duran un largo periodo de tiempo, para poder diagnosticar a un individuo con depresión debe presentar un mínimo de cinco síntomas a lo largo de seis meses consecutivos, entre ellos encontramos:

Irritabilidad constante, disminución o exceso de horas de sueño, cambios en el apetito, fatiga, sentimientos de culpa e inutilidad, odio así mismo, falta de concentración, sentimiento de abandono y desesperanza, pensamientos monótonos de muerte o suicidio cuando el grado de depresión es alto, pérdida de placer en actividades de la vida diaria, disminución del deseo sexual o inhibición del mismo (García, González, Rodríguez, Jiménez, & Zouain, 2016).

Otro aspecto a tratar dentro de esta investigación es la depresión prenatal, se considera que esta afecta de un diez a quince por ciento de la población gestante; las causas aún no están totalmente establecidas, sin embargo, la falta de apoyo familiar, eventos estresantes, enfermedades durante el embarazo, antecedentes de depresión, problemas con el cónyuge y por último cambios químicos y hormonales que son propios del estado gestacional son factores que influye para una posible depresión prenatal y post-parto (Mendoza & Saldivia, 2015).

La depresión prenatal trae consigo varias consecuencias para la madre y el feto, entre ellas están: partos prematuros, bebés con bajo peso y talla al nacer, retraso en desarrollo cognitivo del infante a posterioridad, descuido de la madre en alimentación y cuidados prenatales, la angustia y apatía propias de la depresión empuja a las madres a conductas riesgosas como consumo de alcohol, tabaco o ingesta de medicamentos inapropiados y dañinos durante la gestación (Rodríguez, y otros, 2017).

La depresión durante el embarazo se manifiesta con sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad, cambios bruscos de humor y apetito, culpabilidad, alteraciones en el sueño, excesivo cansancio e incapacidad para disfrutar; en algunos casos la intensidad de esta sintomatología ocasiona que las futuras madres lleguen a necesitar tratamiento

psicológico o psiquiátrico para sobrellevar esta patología (Levano, Meneses, & Sarmiento, 2018).

Con respecto al tratamiento mencionado anteriormente, como primera instancia se debe diagnosticar correctamente esta patología y el tratamiento a cargo de profesionales de psicología y psiquiatría, se enfocará en terapias psicológicas eficaces, de las cuales encontramos psicoterapia cognitivo conductual, terapia individual o de grupo, terapia de diálogo, actividades de relajación, psicoeducación, técnicas de apoyo familiar (Monterrosa, Ulloque, & Arteta, 2018). En casos severos en donde terapia psicológica no funcione, se tendrá que utilizar psicofármacos en bajas dosis para que no afecte el desarrollo del feto (Martínez, Paredes, & Jácome, 2019).

Otro punto a tratar es el embarazo adolescente que representa un periodo de alto riesgo para la madre y el feto dado que el cuerpo está en pleno desarrollo y aún no se encuentra preparado para gestar una nueva vida (Donoso, Poblete, & Claudio, 2014). Además, la parte psicológica de la joven y la pareja se verá afectada por distintos factores psicosociales causando una disminución en el bienestar emocional, en muchas ocasiones esta inestabilidad conduce a decisiones insanas como abortos inducidos y abandono de la pareja (Laureano, Mejía, Gil, & De la Torre, 2016).

Conviene subrayar que el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquia, recién después de los cinco años de la primera menstruación las jóvenes alcanzan la madurez reproductiva, por esta razón las gestas que se inician en los primeros años del periodo menstrual reciben especial prioridad por los mayores riesgos perinatales que conlleva; además, factores predisponentes como disfuncionalidad familiar y bajos ingresos económicos son posibles desencadenantes de un embarazo adolescente (Gómez, Rodríguez, Gómez, & Torres, 2017)

Materiales y Métodos

La metodología utilizada en esta investigación es de tipo exploratorio-descriptivo, tiene como finalidad describir, caracterizar, identificar y establecer datos en la población de adolescentes gestantes de manera cuantitativamente, la población se tomó de adolescentes gestantes entre catorce y diecisiete años de edad que acuden al Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo en el periodo Enero-Marzo 2019, considerando una muestra no

probabilística-intencional de cincuenta adolescentes gestantes que asisten a controles y seguimiento de su embarazo.

La información de cada paciente se obtuvo de los registros digitales del área gineco-obstetra y fichas registradas en el área estadística de la misma casa de salud; el test utilizado fue el inventario de depresión de Beck-segunda versión BDI-II que consta de veintiún ítems, mide la existencia de síntomas depresivos y nivel de gravedad con un alfa de confiabilidad de 0,93 en comparación a BDI-IA con un promedio de 0,86, tras varios estudios comparativos muestran la validez convergente de 62 a 66 del test BDI-II, validado en Argentina (Brenlla & Rodríguez, 2009).

Para la aplicación del test y ficha sociodemográfica se procedió a visitar a las adolescentes en el domicilio para la correspondiente aprobación de los representantes mediante el consentimiento informado, de esta manera se empezó a recolectar datos de las usuarias mediante entrevista y aplicación del reactivo psicológico. Se contempló la tabulación de datos estadísticos con el programa SPSS.v.22 acorde a normas estandarizadas y la generación de los resultados a través de cuadros y gráficos que facilitó la emisión de conclusiones, además, con la prueba chi cuadrado se realizó la asociación de variables clínicas y sociodemográficas con los niveles de depresión

Resultados

Tabla 1. Distribución de gestantes según variables sociodemográficas

	Ficha Sociodemográfica	N ⁰	%
Edad	14	1	2 %
	15	13	26 %
	16	21	42 %
	17	15	30 %
Escolaridad	Primaria	14	28 %
	Secundaria	36	72 %
Estado civil	Soltera	15	30 %
	Casada	17	34 %
	Unión libre	18	36 %
Convivencia con la pareja	Si	31	62 %
	No	19	38 %
Padres en el extranjero	Solo padre	13	26 %
	Los dos	6	12 %
	Ninguno	31	62 %
Relación con los padres	Buena	31	62 %
	Regular	15	30 %
	Mala	4	8 %
Apoyo de los padres	Con apoyo	48	96 %
	Sin apoyo	2	4 %
Ingresos económicos	Bajo	36	72 %
	Medio	14	28 %
Ocupación	Estudiante	24	48 %
	Ama de casa	21	42 %
	Se encuentra trabajando	5	10 %

N=50

Fuente: Ficha sociodemográfica

Autor: Campoverde, 2019

Interpretación: la edad promedio en el estudio es 16 años, 48% de las adolescentes se encuentran estudiando; 70% están casadas o conviven en unión libre con la pareja, 8% a pesar de ser casadas no conviven con la pareja; en relación a la ocupación actual de las adolescentes 42% son amas de casa, el 10% se encuentra trabajando; por otra parte los factores de riesgo para un embarazo precoz encontramos que 38% jóvenes mantienen una relación regular o mala con los padres quienes viven en el extranjero.

Tabla 2. Distribución de gestantes según variables clínicas

Variables clínicas	N ⁰	%
Infección a las vías urinarias	19	38 %
Hiperémesis gravídica	3	6 %
Embarazo de alto riesgo	3	6 %
Control prenatal	17	34 %
Bacteriuria asintomática	5	10 %
Total	50	100%

Fuente: Historial Clínico (HMVG)

Autor: Campoverde, 2019

Interpretación: según variables clínicas encontradas, los resultados muestran mayor frecuencia son infecciones de vías urinarias 38%, bacteriuria asintomática 10%, hiperémesis gravídica 6%, embarazo de alto riesgo 6% y por último 34 % de las adolescentes estudiadas asisten únicamente al control mensual de su embarazo.

Tabla 3. Intensidad de sintomatología depresiva.

		N ⁰	%
Llanto	Presenta	25	50 %
	No presenta	25	50%
Pérdida de energía	Presenta	29	58 %
	No presenta	21	42%
Cambios en el sueño	Aumento	36	72 %
	Disminución	7	14%
	No hay cambios	7	14%
Irritabilidad	Presenta	33	66 %
	No presenta	17	34%
Cambios en el apetito	Aumento	38	76 %
	Disminución	6	12%
	No hay cambios	6	12%
Cansancio	Presenta	27	54 %
	No presenta	23	46%
N=50			

Fuente: Inventario BDI-II

Autor: Campoverde, 2019

Interpretación: la intensidad de sintomatología depresiva se evaluó con variables “presenta”, “no presenta”, en el caso del sueño y apetito “aumento”, “disminución” y “no

presenta cambios” por lo que se tomó los datos más relevantes del estudio; evidenciando la presencia de síntomas como aumento de apetito 76%, sin embargo el 12% ha presentado una disminución del apetito y el 12% de adolescentes no ha presentado cambios, de la misma manera el 72% de la población tuvo un aumento de sueño, pérdida de energía 58%, irritabilidad 66%, cansancio 54% y llanto 50% .

Tabla 4. *Distribución de gestantes según nivel de depresión*

Nivel de depresión	Nº	%
No presenta depresión	36	72 %
Distimia	13	26 %
Depresión leve	1	2 %
Total	50	100%

Fuente: Inventario BDI-II

Autor: Campoverde, 2019

Interpretación: según el nivel de depresión, el 72% no presenta depresión, el 26% del estudio puntúa Distimia, el 2% faltante hace referencia a un caso de depresión leve,

Tabla 5. Asociación de variables sociodemográficas y niveles de depresión

Variables Sociodemográficas		Niveles de Depresión		
		No presenta	Distimia	Depresión leve
Edad P(0,226)	14	0%	2%	0%
	15	18%	8%	0%
	16	26%	14%	2%
Escolaridad P (0,121)	17	28%	2%	0%
	Primaria	26%	2%	0%
Estado civil P (0,188)	Secundaria	46%	24%	2%
	Soltera	16%	12%	2%
	Casada	30%	4%	0%
Convivencia con la pareja P (0,043)	Unión libre	26%	10%	0%
	Si	52%	10%	0%
Padres en el extranjero P (0,380)	No	20%	16%	2%
	Solo padre	14%	12%	0%
	Los dos	10%	2%	0%
Relación con los padres P (0,056)	Ninguno	48%	12%	2%
	Buena	50%	10%	2%
	Regular	14%	16%	0%
Apoyo de los padres P (0,667)	Mala	8%	0%	0%
	Con apoyo	68%	26%	2%
Ingresos económicos P (0,534)	Sin apoyo	4%	0%	0%
	Bajo	54%	16%	2%
	Medio	18%	10%	0%
Ocupación P (0,029)	Alto	0%	0%	0%
	Estudiante	26%	22%	0%
	Ama de casa	38%	2%	2%
	Se encuentra trabajando	8%	2%	0%

Fuente: Inventario BDI-II, Ficha sociodemográfica
Autor: Campoverde, 2019

Interpretación: en cuanto a relación de variables sociodemográficas y niveles de depresión se encontró que adolescentes entre 15-16 años muestran criterios diagnósticos para Distimia; el 2% de la población estudiada refiere Depresión Leve; 26% de ellas

continúan con su estudio y cuentan con el apoyo de los padres con quienes el 10% mantiene buena relación; el 30 % de las gestantes adolescentes están casadas. Se debe agregar que se realizó la prueba de chi cuadrado, dando como resultado la asociación de convivencia con la pareja $P= (0,043)$, relación con los padres $P= (0,056)$ y ocupación de las adolescentes $P= (0,029)$ con la sintomatología depresiva presentada.

Tabla 6. Asociación de variables clínicas y niveles de depresión

Variables Clínicas	Niveles de Depresión			
	No presenta depresión	Distimia	Depresión leve	Total
Infección a las vías urinarias	26%	12%	0%	38%
Bajo peso en el embarazo	2%	2%	0%	4%
Hiperémesis gravídica	2%	4%	0%	6%
Embarazo de alto riesgo	2%	2%	2%	6%
Bacteriuria asintomática	4%	6%	0%	10%
Anemia en el embarazo	2%	0%	0%	2%
Control del embarazo	34%	0%	0%	34%
P (0,004)				100%

Fuente: Inventario BDI-II, Historial Clínico
 Autor: Campoverde, 2019

Interpretación: la relación de variables clínicas y niveles de depresión muestra que el 12% de las adolescentes con problemas emocionales presentan infecciones a las vías urinarias, 6% de ellas infecciones con más gravedad como bacteriuria asintomática, 4% con presencia de hiperémesis gravídica, 2% representa un caso de embarazo de alto riesgo y el 34% sobrante asiste únicamente a controles prenatales sin presentar patologías. Cabe recalcar que la prueba de chi cuadrado da como resultado la asociación de estas variables clínicas $P= (0,004)$ con sintomatología depresiva.

Discusión

La adolescencia es una etapa de alto riesgo cuando hablamos de embarazo prematuro, en el cantón Gualaceo se observa un incremento de gestantes cada vez más jóvenes, numerosos factores familiares, sociales y culturales negativos son considerados un riesgo para gestas tempranas, se estima que la migración y falta de apoyo de los padres como posible factor de riesgo (Ortiz, Otorola, Muriel, & Luna, 2018). En este estudio se observó este aspecto poco relevante, debido a que gran parte de las adolescentes viven junto a sus padres.

Desde la representación sociocultural, Sábado, Cárdenas, Martínez, Martínez, & Mariño (2016) mencionan al embarazo temprano como una limitación académica, debido al abandono de estudios. Los datos de esta investigación señalan que la mayoría de adolescentes continúan estudiando, sin embargo, un porcentaje sin variación significativa confirma lo planteado.

Por otra parte, las dificultades clínicas que afectan a las adolescentes gestantes del cantón Gualaceo, incide en la presencia de hiperémesis gravídica, embarazo de alto riesgo, bacteriuria asintomática e infecciones a las vías urinarias, al examinar la bibliografía comparada, las complicaciones médicas encontradas inicialmente son vaginosis bacteriana, hipertensión e infección a las vías urinarias, esta última se asocia con mayor frecuencia al embarazo (Gálvez, Rodríguez, Lugones, & Altunaga, 2017).

Se evidencia la presencia de sintomatología depresiva en gran parte de la población estudiada, a pesar de presentar síntomas depresivos el 72% de adolescentes no presenta un cuadro de depresión; en la muestra estudiada por Queiroz, Balandis, Teixeira, Maciel, & Melo (2017) se observa la existencia de cuadros depresivos en gran parte de las jóvenes quienes con anterioridad al embarazo presentaron también un estado depresivo.

Es importante destacar la correlación de niveles depresivos con variables sociodemográficas y clínicas de las adolescentes gestantes, los resultados obtenidos proyectan la presencia de Distimia en jóvenes solteras de entre 15-16 años quienes no mantienen buena relación con los padres, debido a que uno de ellos se encuentra fuera del país, además, se observó bajos ingresos económicos antes y durante el embarazo; estos

hallazgos concuerdan con resultados derivados de adolescentes atendidas en el centro de salud Moronacocha, Perú (Acosta, Pinedo, & Urresti, 2016).

En cuanto a las variables clínicas se observa que enfermedades como bacteriuria asintomática, infecciones a las vías urinarias e hiperémesis gravídica se asocian con la presencia de un estado de ánimo distímico en las jóvenes estudiadas; en México las patologías clínicas que se evidencian en adolescentes embarazadas como anemia, infecciones de vías urinarias, diabetes gestacional y preclamsia en algunos casos están ligadas a la depresión (Rodríguez & Gallegos, 2018).

Los programas de prevención con adolescentes y sus familias realizados en varios países como Paraguay han logrado en gran porcentaje una reducción de embarazos precoces (Ávalos, y otros, 2018). En el cantón Gualaceo los programas, talleres o capacitaciones relacionados a la prevención de embarazos adolescentes son mínimos o nulos en algunas comunidades de este cantón aumentando el riesgo de gestantes cada vez más jóvenes.

Conclusiones

Luego de la investigación realizada se determina la existencia de sintomatología depresiva en las adolescentes embarazadas estudiadas; las complicaciones clínicas prevalentes de estas gestantes, se manifiestan en infecciones urinarias, hiperémesis gravídica y bacteriuria asintomática, repercutiendo en las adolescentes de quince a dieciséis años.

Los hallazgos de este estudio en las gestantes atendidas en el Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo, evidencian la existencia de sintomatología depresiva como llanto, pérdida de energía, cambios en apetito, sueño, irritabilidad y cansancio combinados con la sintomatología propia del embarazo. Los síntomas depresivos psicopatológicamente califican como término medio-bajo dando el cuadro clínico de Distimia.

Por último, se debe agregar que se realizó la prueba de chi cuadrado, para asociar variables clínicas y sociodemográficas en relación a los niveles de depresión, dando como resultado la asociación de niveles de depresión con convivencia con la pareja $P= (0,043)$, relación con los padres $P= (0,056)$, ocupación de las adolescentes $P= (0,029)$ y variables clínicas $P= (0,004)$ asociado a la sintomatología depresiva presentada.

Referencias Bibliográficas

Acosta, B., Pinedo, S., & Urresti, M. (2016). *Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos, relacionados a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud Moronacocha, Iquitos-2015 (tesis de pregrado)*. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos, Perú.

Ávalos, D., Recalde, F., Cristaldo, C., Puma, A., López, P., & Carbonell, L. (2018). Estrategia de unidades de salud familiar: su impacto en la tasa de embarazo en adolescentes en Paraguay. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3,4,5.

Brenlla, M., & Rodríguez, C. (2009). *Inventario de Depresión BDI-II*. Buenos Aires: Paidós.

Carrillo, J., & Manzanero, D. (2018). Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción. *Journal of negative & no positive results*, 3(4), 269, 270.

De la A Orta, M. (2018). *Factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la depresión post parto en usuarias de 16 a 24 años atendidas en el Centro de Salud No. 3 (tesis de pregrado)*. Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

Donoso, E. C., Poblete, J., & Claudio, V. (2014). La edad de la mujer como un factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, 142(2), 168, 174.

Gálvez, F., Rodríguez, B., Lugones, B., & Altunaga, M. (2017). Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(3), 15, 27.

Gárate, P., & Pacurucu, G. (2017). *Percepción de género y autoestima en adolescentes escolarizados del cantón Gualaceo, Azuay. 2016 (Tesis de Pregrado)*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

García, M., González, P., Rodríguez, D., Jiménez, M., & Zouain, J. (2016). Incidencia de Depresión Postparto en adolescentes y adultas. *Anales de Medicina PUCMM*, 6(1), 81, 82.

Gómez, R., Rodríguez, L., Gómez, A., & Torres, E. (2017). Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2).

Jimenez, A., Granados, J., & Rosales, R. (2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud Pública de Mexico*, 59(1), 11, 18.

Laureano, J., Mejía, M., Gil, E., & De la Torre, A. (2016). Embarazo en Adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(3), 211, 220.

Levano, Y., Meneses, E., & Sarmiento, J. (2018). *Factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el centro de salud San Vicente, periodo 2017 (Tesis de pregrado)*. Universidad Privada Sergio Bernales, Lima, Perú.

Martínez, F., Paredes, J., & Jácome, N. (2019). Depresión en el Embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 2-7.

Mejia, C., Delgado, M., Mostto, F., Torres, R., Verastegui, A., Cárdenas, M., & Almaza, C. (2018). Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(1), 15, 21.

Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 43(7), 887, 889.

Monterrosa, A., Ulloque, L., & Arteta, C. (2018). Estrategias para mejorar el nivel de resiliencia en adolescentes embarazadas. *Investigación en Enfermería, Imagen y Desarrollo*, 20(2).

Mora, A., & Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76, 82.

MSP. (2019). *Antecedentes – Política Intersectorial De Prevención Del Embarazo En Niñas y Adolescentes 2018-2025*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

OMS, O. M. (2018). *Embarazo en la adolescencia*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

OPS, O. P. (2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360

Ortiz, A., Otorola, M., Muriel, A., & Luna, D. (2018). Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5), 478, 486.

Queiroz, J., Balandis, A., Teixeira, F., Maciel, N., & Melo, C. (2017). La prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes embarazadas. *Journal of Nursing and Health*, 7(1), 50, 57.

Rodríguez, M., Vallejo, L., Olivares, E., Méndez, N., Soto, C., & Nhu, H. (2017). Propiedades psicométricas del postpartum depression predictors inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 2-6.

Rodríguez, P., & Gallegos, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Revista Ansiedad y Estrés*, 24(2), 67, 72.

Sábado, R., Cárdenas, A., Martínez, A., Martínez, O., & Mariño, E. (2016). Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes. Propuesta de evaluación en el nivel primario. *MULTIMED*, 20(1), 183, 196.