



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación**

**Escuela de Psicología Clínica**

Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

**Autora:**

María Belén Cordero Balarezo

**Directora:**

Mst. Cesibel Ochoa Pineda

Cuenca, Ecuador

2016

## **DEDICATORIA**

Dedico esta investigación a Dios por brindarme las fuerzas para nunca rendirme, cumplir con mis metas y sueños de superación.

A mi familia por estar presente apoyándome en todos los momentos de mi vida, por su apoyo incondicional y emocional para poder culminar con mi carrera.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco Dios por ser mi luz en cada paso en este caminar de mi carrera y permitirme que mi sueño de investigación sea una realidad.

A mi mamá, Lourdes, por el apoyo incondicional económico y emocional para poder culminar con mis estudios. A mi papá, Jorge, por enseñarme a nunca rendirme y siempre dar lo mejor de mí.

A mi abuela que me brindó todo su apoyo y por esos momentos en los que me tuvo mucha paciencia para guiarme de la mejor manera.

A mis hermanas que fueron mi pilar fundamental en esos momentos difíciles de mi carrera, que tan solo con sus palabras era un aliento continuar.

A la Mst. Cesibel Ochoa, directora de tesis, por su acertada guía y apoyo en la realización de la misma. Al Econ. Manuel Freire, por su ayuda, comprensión y guía en la parte estadística de mi tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
DEPRESIÓN, EMBARAZO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA.....	3
1.1. La adolescencia .....	3
1.1.1. Cambios físicos en la adolescencia.....	3
1.1.2. Cambios sociales en la adolescencia.....	4
1.1.3. Cambios psicológicos en la adolescencia. ....	5
1.2. Embarazo y adolescencia. ....	7
1.2.1. Contexto del embarazo en la adolescencia. ....	7
1.2.2. Estudios sobre adolescentes embarazadas .....	8
1.2.3. Consecuencias del embarazo en adolescentes .....	10
1.3. Depresión en adolescentes embarazadas .....	11
1.3.1. Diferentes enfoques que explican la depresión.....	12
1.3.2. Factores que influyen la depresión. ....	13
1.3.3. Estudios sobre depresión y embarazo en adolescentes .....	14
1.3.4. Consecuencias de la depresión en adolescentes embarazadas.....	15
1.4. La familia como un sistema.....	16
1.4.1. Características de la familia.....	16
1.4.2. Estudios sobre la depresión en adolescentes embarazadas y su relación con el funcionamiento familiar.....	18
1.4.3. Conclusión .....	19

CAPÍTULO II .....	21
METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y RESULTADOS .....	21
2. Método .....	21
2.1. Diseño: .....	21
2.2. Participantes:.....	21
2.2.1. Criterios de Inclusión:.....	23
2.2.3. Criterios de Exclusión: .....	23
2.3. Consideraciones éticas: .....	24
2.4. Instrumentos .....	24
2.4.1 Test de depresión de Beck .....	24
2.4.2 Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-sil. ....	25
2.5. Procedimiento.....	25
2.6. Resultados .....	26
CAPÍTULO III .....	30
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	30
3.1.1 Niveles de depresión en adolescentes embarazadas .....	30
3.2. Conclusiones .....	33
3.3. Recomendaciones .....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edades de las participantes .....	21
Tabla 2. Relación entre el período de gestación con la edad .....	22
Tabla 3. Nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas.....	22

Tabla 4. Estado civil de las adolescentes embarazadas.....	23
Tabla 5. Tipo de familia de las adolescentes embarazadas.....	23
Tabla 6. Rangos para la calificación de los niveles de depresión según el Test de Beck	24
Tabla 7. Rangos para la calificación de los niveles de funcionalidad familiar del cuestionario Ff-sil.....	25
Tabla 8. Niveles de depresión en adolescentes embarazadas .....	27
Tabla 9. Niveles de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas.....	27
Tabla 10. Relación de depresión con funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas .....	28
Tabla 11. Chi cuadrado .....	28

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS .....	43
Anexo 1. Ficha Sociodemográfica .....	43
Anexo 2. Consentimiento Informado .....	44
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck.....	45
Anexo 4. Test de Funcionalidad Familiar Ff- sil.....	48

## **RESUMEN**

La depresión en las adolescentes embarazadas, es un trastorno que cada día alcanza niveles más altos, por ello es importante investigar la relación de los factores de este fenómeno para una adecuada prevención. El objetivo de la presente investigación fue identificar la relación entre la depresión con la funcionalidad familiar como variable predictora. Este estudio es de corte descriptivo, transversal y no experimental; participaron 90 adolescentes embarazadas del Subcentro de Salud No. 2, José María Astudillo, de Cuenca. Se utilizó el test de depresión de Beck (1996) y el cuestionario de Funcionalidad Familiar (Ortega, Cuesta, & Dias, 1999). Se encontró que existe una alta prevalencia de depresión en adolescentes embarazadas, con un 68.89%. En cuanto a la funcionalidad familiar, un 58,88% tiene una familia con algún nivel de disfuncionalidad. A través del análisis se pudo observar que sí existe relación entre la depresión y funcionalidad familiar con un valor de significancia  $p < 0.000$ . De esta manera, es importante continuar con estudios que evidencien las variables que se asocian con el embarazo en las adolescentes.

**Palabras Claves:** Adolescencia, embarazo, depresión, funcionamiento familiar.

## ABSTRACT

Depression in pregnant adolescents is a disorder that reaches higher levels every day; therefore, it is important to investigate the relationship of the factors of this phenomenon for its adequate prevention. The purpose of this research was to identify the relationship between depression and family functioning as a predictor variable. This is a descriptive, cross-sectional, non-experimental study. Ninety pregnant teenagers of the *Jose Maria Astudillo* No.2 Health Sub Center of Cuenca participated. The Beck Depression test (1996) and the Family Functioning questionnaire (Ortega, Cuesta, & Dias, 1999) were used. It was found that there is a high prevalence of depression in pregnant adolescents with 68.89%. In regard to family functionality, 58.88% have a family with some level of dysfunction. Through analysis it was observed that there is a relationship between depression and family functioning with a  $p < 0.000$  value of significance. Consequently, it is important to continue with studies so as to evidence the variables that are associated with teenage pregnancy.

**Keywords:** Adolescence, Pregnancy, Depression, Family Functioning



  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (ONU, 2008) la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales se situaba entre los 15 y los 19 años, y aproximadamente 1 millón de menores de 15 años dan a luz cada año. De la misma manera, el Censo de Población y Vivienda (2010), en la provincia del Azuay destacó que el 37,41% de la población tuvo su primer hijo entre los 12-19 años de edad. El embarazo en la adolescencia es un fenómeno que va en aumento.

Con frecuencia estas jóvenes padecen trastornos del estado de ánimo, depresión, lo que produce un fuerte impacto psicológico, en su cuidado en el embarazo y posteriores riesgos para sus bebés. Muchas madres adolescentes sufren un rechazo por parte de sus familiares. Castaño, Arias, Carmona, Castro, Ferreira, González, & Mejía (2012) afirman una relación de la depresión con la funcionalidad familiar

Por lo señalado, la presente investigación propuso evaluar los niveles de depresión en grupo de adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud No.2 y valorar su funcionalidad familiar.

De esta forma, en el primer capítulo se realiza una exposición teórica sobre depresión, embarazo y funcionalidad familiar en la adolescencia, para enlazar estos contenidos se ha propuesto cuatro subtemas: la adolescencia, embarazo en la adolescencia, depresión en adolescentes embarazadas y la familia como un sistema.

En lo que respecta a la adolescencia, se aborda su concepto, cambios físicos, sociales y psicológicos; en este marco, se destacan las investigaciones de los cambios en este periodo desde autores como Mafla (2008), Burrows, Ceballos, Burgueño & Muzzo (2010), Calvo & Román (2011), Aramburo (2011), Iglesias (2013), así como teorías de Elkind (1967), Piaget (1970), Erikson (1992) y Freud (1996).

Se ha analizado la prevalencia del embarazo en la adolescencia en el Ecuador y las consecuencias de este. En el subtema sobre la depresión se analiza desde su definición, factores que influyen, estudios sobre la depresión y sus riesgos. Por otro lado se destacan diferentes enfoques teóricos que explican la depresión como el que postula Freud (1912), Beck (1967) y Eynseck, (1987).

Finalmente, se analiza a la familia como un sistema según el enfoque de Minuchin, (1982) para concluir con estudios sobre la depresión en adolescentes embarazadas y su relación con el funcionamiento familiar.

En el segundo capítulo, se exponen definiciones y particularidades metodológicas de la investigación, así como el uso de los instrumentos Test de Depresión de Beck, y el Cuestionario de Funcionalidad Familiar. Además, se presentan los resultados estadísticos que demuestran la relación entre la depresión con la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas con un grado de significancia  $p < 0.000$  en cuanto a niveles de depresión y funcionalidad familiar entre otros.

En el tercer capítulo, la discusión se enfoca en las diferencias significativas encontradas que se comparan con estudios realizados sobre el tema; por último, las conclusiones que giran en torno a los principales hallazgos, mientras que las recomendaciones dejan abierta la posibilidad para realizar estudios similares.

Se espera con este trabajo contribuir con más elementos que permitan un mejor abordaje terapéutico, ya que la funcionalidad familiar está estrechamente relacionada a la depresión en este período de vida.

## **CAPÍTULO I**

### **DEPRESIÓN, EMBARAZO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA.**

Una problemática muy frecuente en la actualidad es la depresión en adolescentes embarazadas como consecuencia de la disfuncionalidad familiar. En este capítulo se analizarán los diferentes temas, iniciando con una reseña sobre esta etapa, su relación con la depresión y funcionamiento familiar.

#### **1.1. La adolescencia**

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), es una etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita de la niñez a la adultez. Dicho período fija sus límites entre los 10 y 19 años. En este intervalo de la vida ocurren una serie de cambios rápidos que se reflejan en lo anatómico, fisiológico, social y cultural (Ovideo, & García, 2011).

A continuación se mencionan los diversos cambios que ocurren en esta etapa.

##### **1.1.1. Cambios físicos en la adolescencia**

Los cambios hormonales hacen posible el aumento de peso, talla, masa muscular y ósea, e incluyen la adquisición de los caracteres sexuales externos propios de cada sexo; el tiempo en el que aparecen es diferente en cada sexo. Estos afectan la estructura del cuerpo durante la pubertad hasta constituir en un fenotipo adulto (Mafla, 2008).

El aumento progresivo en la secreción de gonadotropinas (GnRH) activa el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (HHG) con cambios físicos y fisiológicos (Burrows, Ceballos, Burgueño & Muzzo, 2010). Esto se evidencia en el crecimiento de los órganos como corazón, pulmones, hígado y riñones, que experimentan su máximo crecimiento en la pubertad. Los músculos influidos por la testosterona se desarrolla en el hombre; sin embargo, en las mujeres es la grasa corporal, porque existe un mayor porcentaje de agua y a su vez guarda relación con su sistema hormonal (Calvo, & Román, 2011; Mafla, 2008).

Las primeras manifestaciones que se producen en el sexo femenino son la aparición de las mamas, seguido en el mismo año por el vello púbico y después axilar. En general, la primera menstruación o menarquia se produce dos años después de iniciarse el desarrollo mamario. En los hombres, la primera manifestación es el aumento de tamaño de los testículos, escroto y crecimiento del vello púbico; posteriormente, el pene inicia su alargamiento. El vello axilar suele desarrollarse aproximadamente al año y medio más tarde y finalmente se presencia el cambio de voz (Vicario, Fierro, & Hidalgo, 2014; Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, 2005).

### **1.1.2. Cambios sociales en la adolescencia**

Seguidamente se enunciará algunos cambios sociales que están íntimamente relacionados con los físicos, según Iglesias (2013) plantea los siguientes: lucha dependencia-independencia, preocupación por el aspecto corporal e integración con el grupo de amigos, que serán explicados a continuación:

**La lucha independencia-dependencia:** en la primera adolescencia (12 a 14 años), se dificulta la relación con sus progenitores debido a que existe mayor recelo, confrontación y por su carácter variable. En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando, posteriormente, con una creciente integración, independencia y madurez; a los 18 a 21 años hay una regresión a los valores del hogar (Iglesias, 2013).

**Preocupación por el aspecto corporal:** los cambios que se dan en la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo, en los primeros años, con rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media se produce una mejor aceptación del cuerpo (Valverde, De Los Santos, & Rodríguez, 2010; Casas, Ceñal, Del Rosal, Jurado, & De la Serna, 2006).

**Integración en el grupo de amigos:** es de suma importancia el desarrollo de habilidades sociales. La amistad según Iglesias (2013) es relevante ya que desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas y se adoptan signos de identidad (piercing, tatuajes, moda,

conductas de riesgo), luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se debilita tomando más importancia las relaciones con la pareja (Orcasita, & Uribe, 2012).

### **1.1.3. Cambios psicológicos en la adolescencia.**

Desde una perspectiva psicológica, podríamos decir que la adolescencia es un paso de transición a la edad adulta, cuyo objetivo es la construcción de la identidad y el ingreso a lo social (Aramburo, 2011).

La identidad yoica se construye en cada sujeto por las distintas respuestas ante los conflictos presentados en las diferentes etapas del desarrollo (Erikson, & Michelini, 1957). Esta está influida por diferentes situaciones más que todo por los progenitores, como modelos a seguir.

Analizando lo anterior, es importante considerar a "la identidad como una articulación compleja y multidimensional de elementos psicológicos, sociales, culturales e íntimo-afectivos, que se sintetizan de manera en cada adolescente" (Sánchez, 2006, p. 433). Sin embargo, debemos profundizar que cada estadio del desarrollo, según Erikson (1992), supone una crisis, esto se explica cuando el joven se enfrenta con una "revolución fisiológica" dentro de sí mismo, que desestructura su imagen corporal y su identidad del yo. La adolescencia, según este autor, es la etapa en la que se acentúa el conflicto de identidad, "es casi un modo de vida entre la infancia y la edad adulta" (Erikson, 1992, p. 111). A pesar de que Erikson, no niega el desarrollo de la actividad pulsional en esta época, se centra en la identificación.

Es inevitable no nombrar a Freud ya que nos habla de la pulsión justamente en la adolescencia desde la siguiente perspectiva: existe una disposición bisexual infantil "reunión del objeto" (Freud, 1996; 1905), que se refiere explícitamente al primer objeto de deseo, el vientre de la madre, hasta una pulsión al sexo opuesto que se da en la pubertad, es decir es un tiempo necesario para que una vivencia sexual prematura tome fuerza (Viola, Teixeira, & Vorcaro, 2015).

En esta misma línea, los aportes de Ana Freud son imprescindibles ya que en sus estudios sobre los conflictos de los impulsos sexuales de los adolescentes detectó la utilización de diferentes mecanismos de defensa en la vida diaria (Carretero, Ullastres, &

González, 1998). A su vez plantea que la estructura del carácter tiene cambios importantes:

- a) Los impulsos del ello, favorecidos y estimulados por los cambios fisiológicos y hormonales.
- b) La resistencia del yo ante fuerzas instintivas, que están en relación con el grado de desarrollo del superyó en la etapa de latencia.
- c) La propia fuerza del yo a través de los mecanismos de defensa.

Debemos considerar que en la adolescencia se presentan transiciones a nivel psicológico y físico, además cambios importantes que tienen lugar en el plano cognitivo.

Como plantea Piaget (1970), entre el nacimiento y la edad de 12 a 15 años las estructuras intelectuales crecen lentamente, formando etapas de desarrollo. De los 11 a los 15 años, se manifiesta una etapa de lógica más completa, vinculándose con el paso de la adolescencia. Este momento se visualiza una capacidad de razonar, dejando atrás lo concreto y basándose en lo abstracto. Por otro lado, el individuo se vuelve capaz de razonar hipotéticamente es decir, será de su interés problemas que van más allá de su mera experiencia. Es por eso que el adolescente manifiesta una preocupación por entender y hasta construir teorías para el ingreso a la sociedad, muchas de las veces acompañada por ciertos deseos de cambiar la misma.

Es importante también considerar otro tema que nombra Piaget, el egocentrismo, una confusión o falta de atención entre los aspectos internos del pensamiento y los elementos externos de la realidad del sujeto. La causa sería el desequilibrio cognitivo que acompaña a las fases de preparación de casa estadio del desarrollo intelectual (Carretero et al., 1998).

Desde su egocentrismo, los adolescentes construyen “fábulas personales” (Elkind, 1967) en los que se perciben a sí mismos como inmunes a cualquier riesgo en particular. Estas historias personales fabuladas anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si esta no existiera o no importara, por lo que podría suponerse que los jóvenes piensan que a ellos no les va a suceder.

Una de las situaciones vulnerables es el inicio de una vida sexual prematura ya que los jóvenes se consideran inmunes a las consecuencias que éstas traen como el embarazo precoz.

## **1.2. Embarazo y adolescencia.**

La gestación en la adolescencia no es un fenómeno nuevo y es evidente que desde la década de los 90 del siglo pasado, la fecundidad adolescente va en aumento debido a un inicio más temprano de las relaciones sexuales, una gran proporción de madres solteras y un menor número de compromisos sólidos (Flórez, & Soto, 2008).

La edad de inicio de las relaciones sexuales coitales se situaba entre los 15 y los 19 años (ONU, 2008) y aproximadamente 1 millón de menores de 15 años dan a luz cada año. En la actualidad, la edad promedio se sitúa entre los 12 y 19 años (Carrión, & Blanco, 2012).

Algunas mujeres planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años (OMS, 2014).

### **1.2.1. Contexto del embarazo en la adolescencia.**

En la adolescencia también se presentan acercamientos sexuales bajo presión de la pareja o por coerción sexual, en un intento de forzar contra la voluntad; por lo general, se presenta cuando la pareja es experimentada, mientras que la otra parte solo quiere corresponder por enamoramiento (Jones, 2010). Se debe considerar como aspecto influyente la presión social por parte de sus amigos que inducen el inicio, mirando la virginidad masculina como burla (Parra, 2014).

Otro factor que se encuentra estrechamente relacionado con los embarazos precoces es el uso de la tecnología, a través del sexting que incrementa la predisposición a las relaciones sexuales (Vivas, 2011).

Se encuentra estrechamente relacionado a la vez el síndrome "Ready Teddy", que se refiere a las relaciones sexuales que establecen las adolescentes con el fin de posicionarse en determinado entorno social, es decir tener encuentros sexuales no por una conexión

emocional si no para obtener popularidad en el colegio o en su grupo de amigos. Muchas de las veces estas chicas se iban a la cama por sugerencia de sus amigas, la mayor parte del tiempo sin sentirse preparadas (Lorenzana, 2014).

La tendencia tiene que ver con tener relaciones para ganarse el reconocimiento de las demás, obtener prestigio o estatus, sentirse mayor, más experimentada. El principal problema es que la motivación no es emocional, sino que se basa en alcanzar una meta (Lorenza, 2014).

Otros investigadores manifiestan que la causa para los embarazos no deseados se manifiesta en las primeras relaciones sexuales que se llevan a cabo sin protección, debido a variables que influyen para no usar preservativos como son los mitos acerca de la sensibilidad en las relaciones, y el no tener una pareja estable sintiéndose menos vulnerable (Vega, Robledo, García, & Izquierdo, 2012).

### **1.2.2. Estudios sobre adolescentes embarazadas**

En el mundo hay 17 millones de niños que nacieron de madres adolescentes entre 15 a 19 años, de los cuales 16 millones en países en vías de desarrollo, que corresponden al 15-20% de todos los nacimientos (Gómez, Molina, & Zamberlin, 2011).

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales (2014) se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por cada 1000, siendo las más altas las del África Subsahariana (OMS, 2014).

Vega et al., (2012) realizaron un estudio con 388 adolescentes. De los cuales el 18,2% refirieron haber mantenido relaciones sexuales con penetración, sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres (18,0%) y mujeres (18,5%). Se encontró una mayor precocidad de los chicos en la edad de su inicio (14 años frente a 14,4). También se hallaron diferencias en el número de parejas sexuales (2 los chicos y 1,6 las chicas), haber mantenido relaciones sexuales a través de Internet (más los chicos) y conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (mayor en las chicas).

Ovideo y García (2011), en un estudio realizado en Colombia plantean que de mil millones de adolescentes en el mundo el 85% se encuentran en los países en vías de desarrollo y más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Asimismo, el 10% de los partos sucede en adolescentes.

El Instituto Nacional de Estadística Geográfica (INEGI) confirma lo anterior indicando mediante estadísticas que desde 1990 el incremento de adolescentes embarazadas ha sido constante, representando ya casi 20% del total de nacimientos en México. En este estudio un 37,6% utilizaron un método anticonceptivo en la primera relación sexual y en 40% el embarazo no fue planeado (Quir, 2014).

En Ecuador, la cifra de adolescentes embarazadas va de la mano con los demás países, concordando con la información del Censo de Población y Vivienda en el 2010, que indica 45 708 partos de madres adolescentes con un incremento de 2, 3 en los últimos 10 años, a su vez indica que en la provincia del Azuay cuenta con un total de 74 479 adolescentes, destacándose el 37,41% de la población tuvo un hijo entre los 12 y 19 años de edad (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

En Cuenca, Guevara (2013) anota que de 895 adolescentes, 104 estaban embarazadas, ocupando un 11, 62% del grupo, dominando las edades entre los 14 y 16 años.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (P.N.P.E.A.E., 2007), ubica al Ecuador como el país andino con mayores niveles de embarazos en adolescentes. Se traduce en un promedio de 100 nacimientos por cada 1000 mujeres, es decir el 20% de la población.

Sin embargo, es evidente la preocupación de los ministerios de salud en nuestro país, es por eso la intervención de varios planes para su prevención de embarazos precoces, uno de ellos es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), que su objetivo es promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, difundiendo su derecho a la salud, al disfrute de su sexualidad y fortaleciendo el acceso a la información, orientación, servicios y métodos de planificación familiar, a la vez que se vele por la intimidad, la confidencialidad, el respeto

a los valores culturales y a las creencias religiosas (Plan Estratégico de Gestión Educativa y Educación en Sexualidad, 2013- 2017).

El presidente de la república Rafael Correa planteó una nueva Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA), que se llamará Plan Familia Ecuador, fundamentada en valores a tratarse en escuelas para padres en donde su objetivo principal es la abstinencia para evitar el embarazo adolescente (El Universo, 2015).

A pesar de las estrategias que ha propuesto el gobierno se nota el incremento de embarazos en adolescentes.

### **1.2.3. Consecuencias del embarazo en adolescentes**

La Organización Mundial de la Salud considera que el embarazo durante la adolescencia es un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el feto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los adolescentes (Colomer, & Grupo de Prevención del embarazo en la adolescencia/ Programa de Actividades preventivas y de Promoción de la Salud en Infancia y Adolescencia, 2013).

Se ha establecido un mayor número de complicaciones a madres adolescentes como nacimientos prematuros y bebés de bajo peso, también un incremento de síntomas de depresión, durante el primer año posterior al parto, condición favorecida por conflictos familiares, menor apoyo social y baja autoestima (Mafla, 2008).

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé (OMS, 2014).

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias. En la embarazada se suma el riesgo nutricional, por los requerimientos del bebé (Valdés, Essien, Bardales, Saavedra, & Bardales, 2002).

Otro fenómeno que se deriva de esta situación es el aborto, la Organización Mundial de la Salud (2010) nos alerta sobre el aborto en las jóvenes ya que cada año, unas 3 millones se someten a abortos peligrosos. A su vez no se debe dejar de lado que se realizaron 66 008 abortos inducidos, de ellos el 29,2 % fueron realizados por adolescentes (Doblado, Batista, & Manrique, 2010).

Se practican los abortos por varias razones algunas de ellas son, debido a los sentimientos de culpa, rechazo, depresión, ansiedad que presentan al enterarse que están en esta etapa de gestación. No obstante, es importante señalar que la continuación de un embarazo no deseado y la experiencia de ser madre contra su voluntad, también suele tener consecuencias emocionales graves (Doblado et al., 2010).

### **1.3. Depresión en adolescentes embarazadas**

Los desórdenes mentales en la adolescencia son un factor a considerarse en todo el mundo, dado que investigadores concluyen que en este período hay un aumento de la emotividad, que es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano a abandonar viejos hábitos de acción, de pensamiento y de establecer otros nuevos.

El trastorno depresivo se manifiesta por los siguientes síntomas: largos períodos de tristeza, que afectan a su normal desenvolvimiento diario, la manera de pensar y actuar de la persona (Acosta, Mancilla, Correa, Saavedra, Ramos, Cruz, & Niconoff, 2011).

El DSM- V (2013, p. 104-106) confirma lo anterior, sin embargo añade algunos criterios:

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés, placer:
  - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, en niños y adolescentes puede ser irritable.
  - 2. Disminución del interés o el placer por casi todas las actividades la mayor parte del día.
  - 3. Pérdida o aumento de peso, disminución del apetito.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía durante todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas.

B. Los síntomas causan malestar significativo o deterioro social, laboral y en otras áreas del funcionamiento.

C. No se atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica.

La depresión es el trastorno más frecuente en madres adolescentes respecto a otros grupos de edad. Por otra parte, hay evidencia que muestra una mayor prevalencia de depresión en estas mujeres del 17,9% y alcanza una frecuencia del 40,1% en aquellas donde no hubo planificación, además el 7,1% manifestó depresión posparto (Bonilla, 2010).

### **1.3.1 Diferentes enfoques que explican la depresión**

Es importante considerar la conceptualización del trastorno depresivo a través de los años desde diferentes perspectivas y enfoques para la comprensión de la depresión.

Desde el enfoque cognitivo, Beck (1967) la define como una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro que conllevan a una serie de distorsiones en el procesamiento de la información. Entre tales deformaciones, se encuentran la sobregeneralización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización con ello se demuestra que las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas por la forma en que el depresivo percibe la realidad.

Eynseck, (1987) analiza la personalidad y su nivel emocional, planteando el neuroticismo o inestabilidad emocional, como un rasgo ligado a niveles de ansiedad, preocupación y tensión, con cierta tendencia a la culpabilidad. Las personas afectadas suelen tener una percepción sesgada hacia acontecimientos que les hace continuar con sus preocupaciones y pensamientos negativos. Ochoa, & Cobos (2013), confirma que la

personalidad de los jóvenes que presentan depresión tienen niveles superiores de neuroticismo y poca relación con factores de extroversión.

Desde el enfoque psicoanalítico Freud (1912), encontró una condición universal que subyace la depresión, la pérdida de un objeto real o imaginario, es decir, la carga de anhelo indica que la pérdida de objeto es acompañada por la persistencia de un intenso deseo por él y, al mismo tiempo, por la representación de que este deseo es irrealizable. El deseo puede ser de apego (es decir, de presencia física del objeto, de compartir estados emocionales con él, de fusionarse con él), en deseos de sentirse seguro, relacionados con el bienestar del objeto, narcisistas de omnipotencia, grandiosidad o de identificación con un self ideal, satisfacción pulsional, experimentar bajos niveles de tensión mental y física, o en deseos de dominar los impulsos y de poseer control sobre la propia mente, entre otros (Bleichmar, 2003).

Después de citar los enfoques de los diferentes autores, nos damos cuenta que la adolescente embarazada enfrenta una crisis, muchas de las veces, acompañada por una visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro (Beck, 1967), que a su vez se ve relacionada con preocupaciones de los pares (Stasse, 2007), tensión y cierto sentimiento de culpabilidad frente a la situación como lo plantea Eynseck (1987).

### **1.3.2. Factores que influyen la depresión.**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) la depresión tiene factores de influencia temperamentales, ambientales, genéticos, fisiológicos y bioquímicos.

**Temperamentales:** El neuroticismo (la afectividad negativa) está considerado de alto riesgo para el trastorno depresivo, puesto que a los sujetos los vuelve más proclives a acontecimientos vitales estresantes (DSM-V, 2013).

**Genéticos:** El trastorno depresivo mayor es 1.5- 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren el mismo (DSM-V, 2013). Existe concordancia de 65% en los gemelos monocigóticos, y solo del 14% en los dicigóticos (Toro & Yepes, 1997).

**Bioquímicos cerebrales:** Toro y Yepez (1997) postulan que la noradrenalina, dopamina, GABA, acetilcolina y serotonina están relacionadas con la depresión, ya que existe un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales. En conclusión, podemos notar que la depresión se debe a la deficiencia de varios neurotransmisores.

**Ambientales:** Acontecimientos adversos en edades tempranas, en especial cuando son un conjunto de varias experiencias (DSM-V, 2013). A su vez se asocia con malas relaciones interpersonales dentro de la familia (Wolff, Valenzuela, Esteffan, & Zapata, 2009).

### **1.3.3. Estudios sobre depresión y embarazo en adolescentes**

Para Jdresic (2010), la depresión afecta principalmente a mujeres fértiles y es la primera causa de discapacidad femenina.

En un estudio realizado en Brasil, se analizaron las repercusiones emocionales en las madres adolescentes, de acuerdo con variables psicológicas y socio-demográficas y llegó a evidenciar tendencias negativas hacia una autovaloración y con poca o ninguna expectativa hacia el futuro, al igual que estrés psicológico (Mafla, 2008).

En Colombia, Bonilla (2010) indica que en esta etapa la adolescente atraviesa por muchas dificultades como el rechazo social, experimentando inmadurez psicosocial; esto se considera un problema grave desde el punto de vista médico y social y, a la vez se clasifica como situación de riesgo. Se ha descrito una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como las del estado de ánimo, en este grupo.

Lara, Berenzon, García, Medina, Natera, Villatoro, & Gutiérrez (2012) realizaron una investigación sobre depresión en adolescentes embarazadas en México y encontraron que en el segundo trimestre, las adolescentes embarazadas tuvieron la mayor prevalencia (32,5%) de los síntomas depresivos. Sin embargo, un importante porcentaje de adolescentes embarazadas (10% -15%) tenían síntomas depresivos elevados.

Además Trejo, Torres, Medina, Briones, & Meneses (2009) concluyeron que el 98% de adolescentes embarazadas (con una edad promedio de 17 años) tuvo depresión, en dos de cada tres la depresión fue leve 64,6 %; moderada 32,8%; grave 1,2% y, únicamente el 1,5%, no tuvo depresión.

Bonilla (2010) realizó un estudio en Colombia, se evidenció que un 32,8% de adolescentes presentaban depresión, mientras que en el grupo de adolescentes no embarazadas fue del 16,8%. Además, al comparar el grupo de jóvenes embarazadas con el grupo de jóvenes no embarazadas se encontró que las primeras sufrieron más de depresión, con un OR 2,42 (IC95% 1,28-4,6) y entre estas hubo un mayor número de casos de depresión leve (n=22, 17,6%) con respecto al grupo dos (n=16, 12,8%).

Se puede observar con las diferentes investigaciones que los trastornos del estado de ánimo en las adolescentes embarazadas se encuentran estrechamente relacionados, puesto que las jóvenes muchas de las veces no presentan redes de apoyo sino todo lo contrario sentimientos de culpa con sus padres y rompimiento de relaciones emocionales con su pareja.

#### **1.3.4. Consecuencias de la depresión en adolescentes embarazadas**

Es muy común visualizar que las gestantes deprimidas demuestran conductas inesperadas como: abandono de los controles prenatal, deterioro del autocuidado, falta de consistencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol o drogas.

A su vez, se ven acompañados, por algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, que puede alterar algunos aspectos del embarazo, aumento de peso entre otros (Jadresic, 2010).

Un estudio prospectivo realizado con más de 9 mil mujeres en Inglaterra, durante las 8, 18 y 32 semanas de embarazo y a los ocho meses posparto, reveló la presencia de síntomas depresivos persistentes durante el embarazo y un retraso en el desarrollo del niño (Deave, Heron, Evans, & Emond, 2008).

Una investigación, mostró que los adolescentes cuyas madres tuvieron una depresión durante sus embarazos, presentaron un riesgo 4,7 veces mayor de estar deprimidos a los 16 años de edad, en comparación a aquellos, cuyas madres no se deprimieron (Pawlby, Hay, Sharp, Waters, & O'Keane, 2009).

Entre las madres adolescentes, la depresión es frecuente y en ellas, además de los factores ya explicados anteriormente, se agregan algunos particulares como el riesgo de

deserción escolar, abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente (Wolff, Valenzuela, Esteffan, & Zapata, 2009).

#### **1.4. La familia como un sistema**

La familia es considerada un sistema, es mayor que la suma de sus partes que son interdependientes y que interactúan entre sí, por lo tanto se considera sistema a un grupo que tiene objetivos y fines (Ludizaca, & Emperatriz, 2013).

A la familia se le puede considerar como un sistema de acuerdo a las siguientes características:

- a) A los miembros de una familia se les considera parte interdependiente de una totalidad, la conducta de cada uno afecta a los demás miembros de la familia.
- b) Para adaptarse los sistemas humanos incorporan información, toman decisiones de las distintas alternativas, tratan de responder, obtener feedback acerca de su éxito y modificar la conducta si es necesario.
- c) Cada familia tiene límites permeables que las distinguen de otras familias.
- d) Las familias deben cumplir con ciertas tareas de supervivencia, tales como el mantenimiento físico, económico y la reproducción (Minuchin, 1982, p.90).

Según Hernández (1998), la familia es un sistema, ya que está constituida por una red de relaciones; es natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas relacionadas con la supervivencia humana; y es fuente de satisfacción de necesidades psicoafectivas tempranas.

La estructura de la familia empieza con la unión conyugal del hombre y de la mujer. Las bases para un determinado tipo de pareja radica en: los espacios emocionales, campo relacional y área de autonomía (Millan, & Serrano, 2002).

##### **1.4.1. Características de la familia**

Según la teoría sistémica de Minuchin en su obra “Familias y terapia familiar”, determina un modelo familiar en el que describe las siguientes características:

**Jerarquías.-** Está dada por las funciones de poder y autoridad que son distribuidos dentro de la familia, por lo general los padres son los que ejercen la autoridad sobre sus hijos,

estas deben estar bien definidas, de no ser así, las interrelaciones familiares tienden a ser caóticas (Ludizaca, & Emperatriz, 2013).

**Roles.-** Son las tareas que cada uno de los miembros debe cumplir dentro de la organización familiar (Minuchin, 1998).

**Alianzas.-** Es cuando dos personas se apoyan mutuamente entre sí, presentan actitudes, creencias e intereses en común (Buzzoni, 2011; Minuchin 1998).

**Comunicación.-** Es el elementos más importantes dentro de las relaciones de la dinámica familiar, mediante la comunicación sus integrantes pueden expresar y transmitir emociones, cada familia tiene su manera de comunicarse, predomina sus valores, su forma de pensar, la manera de resolver problemas (Ludizaca, & Emperatriz, 2013, p.28).

Si pusiéramos en práctica lo anterior en la familia evitaremos muchos daños a los hijos, además que se estarían formando sujetos con autonomía, autoestima, criterio e independencia. Además se debe considerar la funcionalidad de la familia como un factor de prevención ya que desde tiempos antiguos se ha concebido la unidad familiar como factor importante en el crecimiento y desarrollo de las personas, es como a través de sus primeras relaciones con su familia trata de identificarse y conocer el mundo apropiándose de su propio proyecto de vida, sin embargo la dinámica puede obstaculizar el desarrollo de los adolescentes (Carreón, Mendoza, Pérez, Gil, Soler, & González, 2004).

Los estilos de familia que se practican hoy en día son poco democráticos, compartiendo una vida con sus hijos envueltos en estrés y falta de comunicación ocasionando una barrera al diálogo acerca de sus problemas o situaciones, como la sexualidad, lo que puede traer como consecuencia embarazos no deseados (Márquez, 2011).

Estos estilos disfuncionales están caracterizados por la carencia de afecto familiar o problemas familiares, traen como desenlace que la adolescente busque identidad propia, muestren interés hacia lo prohibido y se rebelen contra de lo establecido, deseando sentirse adultas (Aparicio, 2003).

#### **1.4.2. Estudios sobre la depresión en adolescentes embarazadas y su relación con el funcionamiento familiar.**

Con relación a la familia, varios estudios confirman que actualmente posee, un significado relevante para la mayor parte de la población (Del Valle, 2004) y que tanto los padres como los adolescentes consideran que mantener buenas relaciones familiares es un valor muy importante, situado por encima del resto de valores deseables (Megías, 2003). Según Fuentes, Motrico, y Bersabé (2003), aunque los hijos inicien durante la adolescencia nuevas e importantes relaciones con amigos y parejas, mantienen los lazos afectivos con sus padres que continúan siendo una de sus principales fuentes de apego y ayuda emocional.

León, Minassian, Borgoño, & Bustamante (2008) plantean varios factores de riesgo en adolescentes embarazadas entre ellos los relacionados con la familia: disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada, pérdida de figuras significativas o baja escolaridad de los padres y en consecuencia muy poca comunicación sobre temas sexuales.

Un estudio realizado por Rangel, & Valerio (2004) afirman que el 27% de adolescentes embarazadas presentaron disfuncionalidad familiar moderada y un 6% severa.

Castaño, Arias, Carmona, Castro, Ferreira, González, & Mejía (2012) lo afirman también, con un promedio de edad de 18 años, el 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa y depresión 23,2 % en un grupo de adolescentes embarazadas.

En una investigación realizada en México (2009) por Álvarez, Ramirez, Silva, Coffin, & Jiménez con respecto a la relación entre depresión y conflictos familiares en un grupo de 342 adolescentes, fue posible señalar que existe una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares debido a la carencia de redes de apoyo en el ambiente familiar de los adolescentes que afecta en su proceso psicosocial, siendo ello potencial factor de riesgo para la depresión.

Pérez, & Omar (2013) realizan un estudio sobre el embarazo en adolescentes en la ciudad de Cuenca-Ecuador y descubren una influencia significativa de disfuncionalidad familiar con un 73.1% y un 26.9% de funcionalidad familiar.

Es indispensable que los padres se ocupen y atiendan a sus hijos para que se propicie la comunicación y de esta forma disminuir problemáticas sociales como el embarazo en adolescentes, etc. Este acercamiento entre padres e hijos abrirá el diálogo y fortalecerá la confianza (Márquez, 2011).

Al palpar esta realidad latente en nuestro medio no se puede descuidar factores importantes, como el hogar como núcleo de la aceptación y educación sexual considerada como tabú en los hogares, notándose una mayor predisposición en hijas de hogares disfuncionales con poca comunicación acerca de los problemas personales que son causales en la depresión en la que se ven sumergidas las adolescentes, las mismas que les llevan a una crisis existencial con dudas, inquietudes que conducen a relaciones sexuales prematuras, sin responsabilidad, con consecuencias que interrumpen su normal desarrollo con un término en un embarazo precoz.

No se puede dejar desapercibido el aspecto moral, emocional, funcional y biológico de la adolescente, pues su organismo no está suficientemente desarrollado ni preparado para concebir un nuevo ser, así lo han demostrado los diferentes estudios (OMS, 2014; Mafla, 2008; Valdés et al., 2002) realizados que nos advierten las posibles deformaciones, enfermedades, trastornos tanto en el vientre materno como en el desarrollo del bebé.

### **1.4.3. Conclusión:**

A lo largo de este capítulo se ha comprobado que la adolescencia es un período de transición, acompañada de muchas intrigas, crisis y dudas; las jóvenes imitan a sus pares para ser socialmente aceptadas, sin fijarse en las consecuencias.

Estudios comprueban que las jóvenes más vulnerables a embarazos precoces son las que proceden de hogares disfuncionales carentes de lazos de unión, comunicación y redes de apoyo; encontrando un refugio en su pareja y experimentando situaciones de placer y riesgo que ocasiona embarazos no deseados los cuales la mayoría de veces van acompañados de trastornos del estado de ánimo como la depresión.

Es por eso que sería de gran ayuda para los profesionales de salud y psicología que se siga investigando sobre esta problemática y así brindar un apoyo biopsicosocial a las adolescentes que estén atravesando por este crítico periodo.

## CAPÍTULO II

### METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y RESULTADOS

En este capítulo se abordará el método utilizado en esta investigación, en el mismo se describen el diseño, tipo de participantes, los criterios de inclusión, exclusión y algunas consideraciones éticas. También se hace referencia a los instrumentos como: Test de Depresión de Beck y Cuestionario de Funcionamiento Familiar (Ff- sil). Para finalizar se exponen los resultados obtenidos luego del procesamiento de la información.

#### 2. Método

##### 2.1. Diseño:

El tema estudiado es de tipo transversal ya que su objetivo es conocer todos los casos de adolescentes embarazadas con una cierta alteración de ánimo en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán este trastorno ni tampoco cuándo lo adquirieron; y no experimental debido a que no hubo manipulación de variables.

##### 2.2. Participantes:

Esta investigación fue realizada en el Centro de Salud No.2 José María Astudillo, en la ciudad de Cuenca, desde mayo hasta octubre del 2015.

La muestra del estudio realizado fue de tipo no probabilístico, conformado por 90 adolescentes embarazadas entre 14 a 19 años de edad, con un promedio de 16,74 años (ver Tabla 1.)

Tabla 1. Edades de las participantes

Edad	n	%
14	3	3,3
15	13	14,4
16	12	13,3
17	50	55,6
18	9	10
19	3	3,3
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Tal como lo indica la Tabla 2. las participantes se encontraban el 55, 56% en el primer trimestre de embarazo; el 23, 33% en el segundo; y el 21, 11% en el tercero.

Tabla 2. Relación entre el período de gestación con la edad

		<b>Período de gestación</b>		
		Primer trimestre (semana 1 a semana 12)	Segundo trimestre (semana 13 a semana 28)	Tercer trimestre (semana 19 a semana 40)
		n	n	n
Edad	14	1	0	2
	15	11	2	0
	16	3	5	4
	17	28	11	11
	18	7	0	2
	19	0	3	0
Total		50	21	19
<b>%</b>		<b>55,56%</b>	<b>23,33%</b>	<b>21,11%</b>

La mayoría de adolescentes estudiadas, están cursando el nivel de bachillerato con un 62.22%, seguido por un 14.44% que están en básica media y básica superior; el 6.67% son bachilleres y apenas el 2.22% son universitarias (ver Tabla 3.)

Tabla 3. Nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas

	<b>n</b>	<b>%</b>
Básica Media (5to, 6to y 7mo de básica)	13	14,4
Básica Superior (8vo, 9no y 10mo de básica)	13	14,4
Nivel de Bachillerato (4to, 5to y 6to curso)	56	62,2
Bachiller	6	6,7
Universitario	2	2,2
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Tal como lo indica la Tabla 4. el 63.33% solteras, seguido por un 21.11% que están en unión libre y el 15.56% restante, casadas.

Tabla 4. Estado civil de las adolescentes embarazadas

	<b>n</b>	<b>%</b>
Casada	14	15,6
Soltera	57	63,3
Unión libre	19	21,1
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

De acuerdo al tipo de familia la más común es la nuclear con un 53.33%, seguida de la reconstituida con un 27.78% y, con un 18.89% uniparental (ver Tabla 5.)

Tabla 5. Tipo de familia de las adolescentes embarazadas

	<b>n</b>	<b>%</b>
Nuclear	48	53,3
Reconstituida	25	27,8
Uniparental	17	18,9
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

### **2.2.1. Criterios de Inclusión:**

- a) Ser atendidas en el Centro de Salud No. 2.
- b) Tener una edad cronológica entre 12 a 19 años.
- c) Hablar el idioma español.
- d) Estar embarazadas sin importar los meses de gestación.
- e) Participar de modo voluntario.

### **2.2.3. Criterios de Exclusión:**

- a) Tener diagnóstico de psicosis o afines.

b) Presentar discapacidad intelectual

### 2.3. Consideraciones éticas:

Previa autorización del Centro de salud No.2, se informó a las adolescentes embarazadas sobre los objetivos del estudio, su participación voluntaria y la confidencialidad de los resultados de los test, por medio del consentimiento informado.

### 2.4. Instrumentos

#### 2.4.1 Test de depresión de Beck

El Test de Beck fue publicado por Aaron Beck (1996) y fue validado por SÁNS y Vasquéz (2014). La herramienta posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0,83 y una estabilidad temporal de test-retest que oscila 0,60 y 0,72.

Consiste en un cuestionario de 21 ítems que tienen relación con la depresión con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como de castigado, así como síntomas físicos: fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual.

Una vez completado el cuestionario, se suma los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtiene el total. Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario será de 63 (Anexo 3).

Tabla 6. Rangos para la calificación de los niveles de depresión según el Test de Beck

Puntuación total de la tabla	Niveles de Depresión
De 1 a 10 pts	Normal
De 11 a 16 pts	Leve Perturbación del estado de ánimo
De 17 a 20 pts	Estados de depresión Intermitente
De 21 a 30 pts	Depresión Moderada
De 31 a 40 pts	Depresión Grave
Más de 40 pts	Depresión Extrema

### 2.4.2 Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-sil.

El Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL) fue diseñado y valorado en Cuba, por Ortega, de la Cuesta y Días (1999). En lo que refiere a la validez del instrumento el Alfa de Cronbach arrojó una confiabilidad de 0.75, en todos los aspectos que evalúa y se encontró un coeficiente de confiabilidad o de correlación R de Pearson de 0,42, lo que significa que la herramienta es fiable.

El test evalúa 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, a través de 14 ítems con una escala de Likert cuyas respuestas son valoradas de acuerdo a: casi nunca, 1 pto; pocas veces, 2 ptos; a veces, 3 ptos; muchas veces, 4 ptos; casi siempre, 5 ptos (Anexo 4).

Al final, se debe realizar una sumatoria de los puntos, la cual corresponde a la siguiente escala de valores:

Tabla 7. Rangos para la calificación de los niveles de funcionalidad familiar según el cuestionario Ff-sil

Puntuación total de la tabla	Niveles de Funcionalidad Familiar
De 70 a 57 ptos	Familia Funcional
De 56 a 43 ptos	Familia moderadamente funcional.
De 42 a 28 ptos	Familia Disfuncional
De 27 a 14 ptos	Familia severamente Disfuncional

### 2.5. Procedimiento

**Fase 1:** Se identificó el test más idóneo para diagnosticar depresión y funcionalidad familiar en adolescentes. Se escogió el Test de Beck y (1992) y Ff- Sil teniendo en cuenta su alta sensibilidad con esta población.

**Fase 2:** Se consiguió el permiso de la autoridad Distrital de Salud, Dra. María Josefina Aguilar (anexo. 1), con fecha 13 de abril del 2015, quien indicó al Dr. Sebastián Cordero,

director del Centro de Salud No.2, designar los horarios de trabajo a realizar bajo su dirección desde mayo del 2015 hasta octubre del mismo año.

Se dialogó con ocho médicos tratantes, para solicitar una intervención directa con las adolescentes embarazadas.

**Fase 3:** Se realizó una aplicación del test de Beck y Ff- Sil a las adolescentes, cumpliendo con todos sus parámetros. Posteriormente, se calificaron las pruebas según las normas del test para identificar la prevalencia de depresión y funcionamiento familiar.

También se realizó la ficha sociodemográfica, en la que se registró las características del entorno social, familiar, educacional socioeconómico y cultural; para verificar la correlación de la depresión y sus factores.

**Fase 4:** Se efectuó el levantamiento de la base de datos y se realizó el análisis descriptivo y correlacional que reflejó la relación existente entre los niveles de depresión y el ambiente familiar. Finalmente, se comunicó al Centro de Salud No.2 para la prevención y tratamiento oportuno.

## **2.6. Resultados**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el estudio; en primer lugar, los niveles de depresión; en segundo el nivel de funcionalidad; y, finalmente, la relación entre las dos variables.

Luego de hacer las evaluaciones de los en las adolescentes embarazadas se establecieron los siguientes niveles de depresión: normal (31,1%), leve perturbación del estado de ánimo (18,9%), estado de depresión intermitente (20%), depresión moderada (21%) y depresión grave (6,7%) tal como lo ilustra la Tabla.8.

Tabla 7. Niveles de depresión en adolescentes embarazadas

<b>Niveles de Depresión</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Normal	28	31,1
Leve perturbación del estado de ánimo	17	18,9
Estado de depresión Intermitente	18	20
Depresión moderada	21	23,3
Depresión grave	6	6,7
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Después de obtener los resultados del funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas se identificó los siguientes niveles con sus respectivos porcentajes: familia funcional (22,2%), familia moderadamente funcional (41,1%), familia moderadamente disfuncional (3,3%), familia disfuncional (28,9%) y familia severamente disfuncional (4,4%) tal como lo demuestra la Tabla.9.

Tabla 8. Niveles de funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas

		<b>n</b>	<b>%</b>
Niveles de Funcionalidad Familiar	Familia funcional	20	22,2
	Familia moderadamente funcional	37	41,1
	Familia moderadamente disfuncional	3	3,3
	Familia disfuncional	26	28,9
	Familia severamente disfuncional	4	4,4
	<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Finalmente de acuerdo al objetivo principal, se pudo observar a través de la prueba Chi-cuadrado, que la disfuncionalidad familiar está asociada con la depresión que presentan las adolescentes embarazadas de este estudio. En la tabla 10. se presenta la relación entre las dos variables de estudio.

Tabla 9. Relación de depresión con funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas

Nivel de depresión	Nivel de funcionalidad familiar					Total
	Familia moderadamente disfuncional	Familia disfuncional	Familia funcional	Familia moderadamente funcional	Familia severamente disfuncional	
Normal	0,00%	3,30%	10,00%	17,80%	0,00%	31,10%
Leve perturbación del estado de ánimo	1,10%	7,80%	7,80%	2,20%	0,00%	18,90%
Estado de depresión Intermitente	2,20%	1,10%	2,20%	12,20%	2,20%	20,00%
Depresión moderada	0,00%	14,40%	2,20%	6,70%	0,00%	23,30%
Depresión grave	0,00%	2,20%	0,00%	2,20%	2,20%	6,70%
	3,30%	28,90%	22,20%	41,10%	4,40%	100,00%

Tabla 10. Chi cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52.679	16	<b>.000</b>

Al ser el valor  $p < 0.000$  menor al nivel de significancia de 0.05, el resultado sí es significativo; es decir, se rechaza la hipótesis nula de independencia, a favor de la hipótesis alternativa y, por lo tanto, se concluye que las variables nivel de funcionalidad familiar y la presencia de depresión son variables dependientes.

Sí existe relación de dependencia entre ellas. El valor de 0.05 (nivel de significancia) es un valor establecido de acuerdo al nivel de confianza que este caso es del 95%.

## CAPÍTULO III

### DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo principal de la presente investigación fue identificar la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en las adolescentes embarazadas. A continuación, se analizan los resultados obtenidos en esta investigación; para ello se lo ha realizado en tres partes, de acuerdo a los objetivos planteados: identificar los niveles de depresión en las adolescentes embarazadas e identificar el tipo de funcionalidad familiar para así llegar a una relación de estas dos variables; más adelante, se exponen las conclusiones y recomendaciones que se dan luego de haber finalizado este estudio.

#### 3.1.1 Niveles de depresión en adolescentes embarazadas

El presente estudio presenta una alta prevalencia de depresión en adolescentes embarazadas, con un 68.89% de niveles elevados frente al 31,1% que no presenta este trastorno. Esto se confirma con estudios, como el de Bonilla (2010), que llegó a la conclusión que la depresión es el trastorno más frecuente en madres adolescentes respecto a otros grupos etarios con un porcentaje de 32,8%, frente a 16,8% de estudiantes no embarazadas; al igual Field (2011) que indica que aproximadamente un tercio de las embarazadas padece depresión durante la gestación.

Los resultados de este estudio indican que 7 de cada 10 adolescentes embarazadas tienen depresión. Ochoa, & Cobos (2014) realizaron un estudio en adolescentes y revelando que el 22% posee depresión grave y el 46% moderada, existiendo mayor prevalencia en las mujeres, siendo un grupo vulnerable para este padecimiento.

Cabe indicar que en esta investigación no todas las jóvenes presentaron el mismo grado de depresión: el 23,3 % manifestó depresión moderada; el 20%, depresión intermitente; el 18,9 %, leve perturbación del estado de ánimo; y el 6,7 %, de depresión grave. Estudios como el de Torres, Medina, Briones, & Meneses (2009) poseen niveles incluso mayores de depresión con un 98% de presencia en las adolescentes. Estos datos son relevantes para determinar como la depresión gana terreno en la adolescencia y su repercusión en el embarazo.

Es observable en este estudio la relación de la depresión con este período de vida; las investigaciones realizadas por Pawlby, Hay, Sharp, Waters, & O'Keane, (2009) han

mencionado la frecuencia de la depresión en esta etapa y los riesgos del embarazo; Straub, Adams, Kim, & Silver (2012) indican que las adolescentes deprimidas tienen una mayor frecuencia de nacimientos prematuros o posmaduros, un menor crecimiento del bebé y una mayor frecuencia de bajo peso al nacer (Accortt, Cheadle, & Dunkel Schetter, 2015).

También es importante mencionar, que en el primer trimestre de embarazo hubo mayor prevalencia de depresión con un 55,56%; con los resultados de Sánchez, Bermúdez, & Buela (2000) afirman que durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión son más bajos que durante el segundo periodo de gestación, este factor nos ayuda a predecir la depresión y a evitarla, más que todo si se trabaja en un proceso de adaptación del embarazo o de las decisiones que este conlleve.

### **3.1.2. Relaciones Familiares en las adolescentes embarazadas**

En la presente investigación el 58,88% de adolescentes tienen una familia con algún nivel de disfuncionalidad. Esto se confirma con estudios mundiales (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008; Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin, & Jiménez, 2009) y nacionales (Márquez, 2011; Pérez, & Omar, 2013) que comprueban la especial relación entre la depresión y el tipo de familia en adolescentes embarazadas al manifestar que altos porcentajes de esta patología se ven relacionados con la funcionalidad familiar por varios factores como la falta de comunicación y carencia de redes de apoyo.

Además se evidenció que el grupo más significativo fue el de familias moderadamente funcionales con un 41,1%, seguido con un 28,9 % disfuncionales; un 4,4% severamente disfuncionales; y un 3,3% moderadamente disfuncionales. Estos resultados se apoyan en la expresión de la falta de afecto por parte de sus padres y la poca atención que les prestan a las mismas, obligándolas a llevar esa carencia afectiva a otras personas.

Al respecto investigaciones como la de Rangel, Valerio, Patiño, & García (2004) señalan resultados similares que se caracteriza por un alto nivel de disfuncionalidad familiar por poco afecto, inmadurez emocional y poca percepción de cariño por sus progenitores. Trejo, Torres, Medina, Briones, & Meneses (2009) agregan que estos y otros

factores desencadenan la depresión como la mala relación con su pareja, falta de apoyo práctico, apoyo social insuficiente, pobreza y adversidad social.

### **3.1.3. Relación entre la depresión y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas**

En el presente estudio se evidenció que el 68,9% de las adolescentes embarazadas presentó algún nivel de depresión y el 58,88% pertenecían a familias disfuncionales; los resultados obtenidos comprueban la relación entre depresión y funcionalidad familiar con un grado de significancia de  $p < 0.000$ .

En general se evidenció que las adolescentes con leve perturbación de estado de ánimo presentan un 7,8% familias disfuncionales; estado de depresión intermitente, un 12,2% de las adolescentes con familias moderadamente disfuncionales y un 1,1% disfuncionalidad familiar; depresión moderada un 14,4 % posee familias disfuncionales; y por último quienes tenían depresión grave el 2,2% pertenecían a familias moderadamente disfuncionales, severamente disfuncionales y disfuncionales.

Con este estudio se comprueba la relación entre los distintos niveles de disfuncionalidad familiar con la depresión coincidiendo con varias investigaciones (Valdés et al., 2002; Rangel, & Valerio, 2004; Castaño, Arias, Carmona, Castro, Ferreira, González, & Mejía, 2012; Pérez, & Omar, 2013) quienes manifiestan que es importante y realizar estudios para establecer protocolos y prevenir el embarazo a través del manejo de la dinámica familiar.

Guevara (2013), reafirma que la disfunción familiar constituye, en realidad, un riesgo para la depresión que se agrava si está asociado con el estado civil actual. A partir de esto se realizó un análisis sobre la relación del estado civil con la depresión, sin embargo los resultados obtenidos no demuestran tal relación debido a que el 63,3 % son solteras y presentan depresión; una minoría de 15,6% son casadas y con depresión (los porcentajes corresponden al número de participantes que representan al estado civil, los cuales no son equitativos, por lo que los valores no denotan prevalencia de depresión en un uno de los grupos), esto permite suponer que independientemente del estado civil la prevalencia de depresión está presente, y a su vez, corrobora que está ligada a la funcionalidad familiar

nuclear. Las madres solteras tuvieron los índices más altos de depresión; sin embargo, quienes vivían en unión libre fueron igualmente vulnerables a padecer dicho trastorno con una sintomatología grave.

### **3.2. Conclusiones generales**

- El 53,3% de las adolescentes pertenece a un tipo de familia nuclear y el nivel de funcionalidad familiar varía entre dos grupos grandes: el mayoritario que es una familia moderadamente funcional con un 41,1% y el grupo que sigue es el que pertenece a una familia disfuncional con un 28,9%.
- La prevalencia de la presencia de depresión en adolescentes embarazadas es del 68,89%; en otras palabras, se puede decir que 7 de cada 10 adolescentes embarazadas tienen depresión en algún nivel como causa de diversos factores como la disfuncionalidad familiar.
- En cuanto a los niveles de depresión de las adolescentes, la mayoría (33.87%) presenta una depresión moderada, aunque hay dos grupos que le siguen con un estado de depresión intermitente (29.03%) y una leve perturbación del estado de ánimo (27.42%).
- Finalmente, el nivel de funcionalidad familiar sí tiene relación de dependencia con depresión con un nivel de significancia  $p < 0.000$ .

### **3.3. Recomendaciones**

- Las jóvenes embarazadas con depresión necesitan un apoyo terapéutico, el mismo que no debe solo enfocarse en un diagnóstico si no en un tratamiento de aceptación a su nueva etapa de vida, para así lograr un equilibrio bio-psicosocial. Es aconsejable formar grupos de ayuda con adolescentes que estén atravesando por situaciones similares, con el fin de obtener una universalización.
- Los espacios terapéuticos también deberán trabajar en la autoestima de la joven para una mejor aceptación evitando confusiones futuras (abortos, suicidios, entre otros) y, al final, esto revertirá en una mejor calidad de vida para ella y su hijo.
- Al conocer que es un problema psico-social no podemos prescindir la importancia de la inclusión de la familia y los que conviven con ellas, dentro de las terapias para mejorar el ambiente social y familiar creando redes de apoyo.

- Es aconsejable realizar estudios en otros ámbitos como colegios, puesto que los adolescentes son vulnerables y deberían las instituciones realizar talleres de prevención.
- Para continuar con estudios como el que presento sería aconsejable realizar estudios a nivel rural para tener una visión más certera; además es imprescindible ampliar las muestras para obtener mayor información sobre esta problemática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Accortt, E., Cheadle, A. & Dunkel, C. (2015). Prenatal depression and adverse birth outcomes: An updated systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1306–1337. dx.doi.org/10.1007/s10995-014-1637-2
- Acosta, M., Mancilla, T., Correa, J., Saavedra, M., Ramos, F., Cruz, J., & Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivo Neurociencia*, 16(1), 20-25
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N., & Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of psychology and therapy*, 9(2), 205-216.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM- V*, Washington, DC. Médica Panamericana editorial.
- Aparicio, F. (2003). Embarazo y comunicación familiar. (*Tesis postgrado*). Universidad de Guadalajara. México.
- Aramburo, N. (2011). Adolescencia y ritos de transición. Una articulación del psicoanálisis postfreudiano y lacaniano. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 2(2), 192-209.
- Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Bleichmar, H. (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 4 (14), 40-45.
- Bonilla, O. (2010). Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia): Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61 (3), 207-213. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342010000300004&lng=en&tlng=. .](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342010000300004&lng=en&tlng=.)

- Burrows, R., Ceballos, X., Burgueño, M., & Muzzo, S. (2010). Tendencia del desarrollo puberal en escolares de la Región Metropolitana de Chile: Menor edad de presentación, mayor duración y dimorfismo sexual en la estatura. *Médica de Chile*, 138(1), 61-67. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000100008&lng=es&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000100008&lng=es&tlng=e). 10.4067/S0034-98872010000100008.
- Calvo, M., & Román, J. (2011). Pubertad normal y sus variantes. *Pediatrics Integral*, 15(1), 507-518.
- Carreón, J., Mendoza, H., Pérez, C., Gil, I., Soler, E., & González, R. (2004). Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Medicina Familiar*, 6 (3), 70-73.
- Carretero, M., Ullastres, A., & González, J. (1998). *Psicología evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid, Alianza Editorial.
- Carrión, R., & Blanco, T. (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 519-524.
- Casas, R., Ceñal, M., Del Rosal, R., Jurado, P., & De la Serna, B. (2006). Conceptos esenciales de la adolescencia, criterios cronológicos, físico-funcionales, psicológicos y sociales. *Medicina*, 9 (61), 3931-7123.
- Castaño, J., Arias, C., Carmona, I., Castro, A., Ferreira, A., González, A., Mejía, J. (2012). *Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia)*. Recuperado de: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/106>
- Colomer, J., & Grupo de Prevención del embarazo en la adolescencia/ Programa de Actividades preventivas y de Promoción de la Salud en Infancia y Adolescencia. (2013). Adolescent pregnancy prevention. *Pediatrics Attention Primary*, 15(59). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-)

76322013000400016&lng=es&nrm=iso>. doi.org/10.4321/S1139-76322013000400016.

Deave, T., Heron, J., Evans, J., & Emond, A. (2008). The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *Pubmed, 115* (8), 1043-51.

Del Valle, I. (2004). El futuro de la familia: la familia. Iglesia Viva. *Revista de Pensamiento Cristiano, 217*(12), 1-26

Doblado, N., Batista, I., & Manrique, Ana. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Cubana Obstétrica Ginecología, 36*(3): 409-421. Recuperado de: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3062

El Universo. (2015, Marzo 8). Salud sexual en Ecuador sujeta a cambios.

<http://www.eluniverso.com/noticias/2015/03/08/nota/4630796/salud-sexual-sujeta-cambios>

Erickson, R., & Michelini, F. (1957). The plastochron index. *American Journal of Botany, 1*(3), 297-305.

Espada, J., Quiles, M., & Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención de sida en adolescentes. *Fundación Dialnet, 4*(12), 85-90.

Eysenck, H., & Eysenck, M. (1987). Personalidad y diferencias individuales. Madrid, Ediciones Pirámide.

Field, T. (2011). Prenatal depression effects on development: A review. *Infant Behavior and Development, 34*(1), 1–14. doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008

Flórez, C., & Soto, V. (2008). El Estado de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe. *Una Visión Global*. Recuperado de: <http://publications.iadb.org/handle/11319/2171#sthash.Y5INYr50>

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. *Obras Completas, 16*(4), 90-100. Buenos Aires: *Amorrortu*

- Fuentes, M., Motrico, E., & Bersabé, R. (2003). Estrategias de socialización de los padres y conflictos entre padres e hijos en la adolescencia. *Anuario de Psicología*, 34 (3), 385-400.
- García, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22(5), 606- 612.
- Gómez, P., Molina, R., & Zamberlin, N. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. *Promsex*. 10(6), 7-12
- Hernandez, A. (1998). *Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*. Santafé de Bogotá: El Búho.
- Iglesias, D. (2013) Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). Ecuador registra 122.301 madres adolescentes según Censo 2010. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-registra-122-301-madres-adolescentes-segun-censo-2010/>
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278.
- Jones, D. (2010). Bajo presión: primera relación sexual de adolescentes de Trelew (Argentina). *Estudios Feministas*, 18(2), 339-358.
- Lara, M., Berenzon, S., García., Medina, M., Natera., Villatoro, J., & Gutiérrez, M. (2012). Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(2), 102-108. Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892012000200002&lng=en&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000200002&lng=en&tlng=en). 10.1590/S1020-49892012000200002.

- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electronica*, 5(1), 12-20. Recuperado de: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>
- Lorenzana, B. (2014). El síndrome de "ready teddy": sexo para ganar popularidad. *Bebelu*. Recuperado de: <https://www.belelu.com/2014/02/sindrome-de-ready-teddy-sexo-para-ganar-popularidad/>
- Ludizaca, P., & Emperatriz, B. (2013). Tipos de familia estructural y la relación con sus límites. (*Tesis de post-grado*). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Mafla, A. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colombia Médica*, 39 (1), 41-57. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342008000100006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000100006&lng=en&tlng=es) .
- Márquez, M. (2011). Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. *Revista de trabajo social y ciencias sociales*, 5(61), 10-13.
- Martínez, P., & Waysel, K. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 261-274. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004>
- Megías, E. (2003). *Comunicación y conflicto entre hijos y padres*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, Editorial pirámide.
- Millan, M., & Serrano, S. (2002). *Psicología y Familia*. Madrid: Editorial Cáritas España.
- Ministerio de Educación. (2014, Junio 24). ENIPLA Recuperado de: <http://educacion.gob.ec/enipla/>
- Minuchin, S. (1982). *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa: Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014, Julio 19). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

- Ochoa, C., & Cobos, M. (2014). Los rasgos de personalidad como variables moduladoras en la depresión leve y grave en adolescentes. (Tesis de maestría en Psicoterapia Integrativa). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Oviedo, M., & García, M. (2011). El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina. *Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 929-943. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2011000200029&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2011000200029&lng=en&tlng=es).
- Parra, R. (2014). *Comprensión de las vivencias de adolescentes bajo la presión social ante la virginidad* (Tesis de Grado). Universidad de Carabobo, Carabobo, Venezuela.
- Pawlby, S., Hay, D., Sharp, D., Waters, C., & O'Keane, V. (2009) Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord. Psychiatric*, 113(3), 236-43
- Pérez, G., & Omar, W. (2013). Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados, en colegios de Cuenca-Ecuador 2012. (Tesis de post-grad). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Piaget, J. (1970). La evolución intelectual entre la adolescencia y la edad adulta. *Lecturas de psicología del niño*, 2(6) 208-213.
- Quir, R. (2014). Embarazo en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19 (4), 403-404.
- Ramírez, C., & Almeida, G. (2003). Percepción hacia las relaciones sexuales y riesgo de embarazo en adolescentes. *Psicología y Salud*, 13(2), 228-232. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/916>
- Rangel, J., Valerio, L., Patiño, J., & García, M. (2004). *Funcionalidad familiar en la adolescencia embarazada*, 47 (1), 24-27.
- Sánchez, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura. *Investigación*, 11(29), 431-457

- Sánchez, A., Bermúdez, M., & Buela, G. (2000). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 2(6), 2-3. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>
- Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. (2005) El crecimiento y las hormonas del adolescente. Recuperado de: [http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=38&id\\_doc=135&show=1](http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=38&id_doc=135&show=1)
- Stasse, K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. México. Editorial Médica Panamericana.
- Straub, H., Adams, M., Kim, J., & Silver, R. (2012). Antenatal depressive symptoms increase the likelihood of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 207(4), 329 doi.org/10.1016/j.ajog.2012.06.033, 329.e1-329-e
- Trejo, H., Torres, J., Medina, M., Briones, J., & Meneses, J. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(1), 9-12.
- Valdés, S., Essien, J., Bardales, J., Saavedra, M., & Bardales, E. (2002) Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Cubana Obstet Ginecol*, 28 (2). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Valverde, P., De Los Santos, F., & Rodríguez, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Vega, E., Robledo, E., García, P., & Izquierdo, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Vicario, M., Fierro, G., & Hidalgo, M. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11 (61), 3579-3587.

Viola, D., & Vorcaro, A. (2015). O problema do saber na adolescência e o real da puberdade. *Psicologia USP*, 26 (1), 62-70. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642015000100062&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642015000100062&lng=en&tlng=pt). 10.1590/0103-656420130037.

Vivas, M. (2011). “Sexting” o la adolescencia peligrosa. *Proceso*, 5(7), 36-38.

Wolff, L., Valenzuela, X., Esteffan, S., & Zapata, D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(3), 151-158. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000300004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000300004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-7526200900030000

## ANEXOS

### Anexo 1. Ficha Sociodemográfica

#### FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

##### DATOS DE LA ADOLESCENTE:

- NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ -
- EDAD: \_\_\_\_\_
- SEMANA DE GESTACIÓN: \_\_\_\_\_
- NIVEL DE INSTRUCCIÓN: \_\_\_\_\_
- DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_
- ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_
- TIPO DE FAMILIA \_\_\_\_\_

(Uniparental, reconstituida, nuclear)

- ESTADO CIVIL DE LOS PADRES: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2. Consentimiento Informado**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondido de manera satisfactoria. He sido informada y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, he sido informada a la vez que mi información será confidencial. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que está es una investigación con fines educativos.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR.**

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este conocimiento informado entienden la naturaleza, requisitos, riesgos y beneficios involucrados para participar en este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha.

### **Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck**

#### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI).**

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Encierre con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su situación, márkela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

**1. 0. No me siento triste.**

1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

**2. 0. No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.**

1. Me siento desanimado(a) de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

**3. 0. No me siento fracasado.**

1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

**4. 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.**

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) con respecto a todo.

**5. 0. No me siento especialmente culpable.**

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable siempre.

**6. 0. No creo que esté siendo castigado (a).**

1. Siento que quizás esté siendo castigado(a).
2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.
  
- 7. 0.** No estoy descontento de mí mismo.
  1. Estoy descontento de mí mismo.
  2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
  3. Me detesto.
  
- 8.0.** No me considero peor que cualquier otro.
  1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
  2. Continuamente me culpo por mis faltas.
  3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
  
- 9. 0.** No tengo ningún pensamiento de suicidio.
  1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
  2. Desearía poner fin a mi vida.
  3. me suicidaría si tuviese oportunidad.
  
- 10. 0.** No lloro más de lo normal.
  1. ahora lloro más que antes.
  2. Lloro continuamente.
  3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
  
- 11. 0.** No estoy especialmente irritado.
  1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
  2. me siento irritado continuamente.
  3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
  
- 12. 0.** No he perdido el interés por los demás.
  1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
  2. He perdido gran parte del interés por los demás.
  3. He perdido todo interés por los demás.
  
- 13.0.** Tomo mis propias decisiones igual que antes.
  1. Evito tomar decisiones más que antes.
  2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
  3. Me es imposible tomar decisiones.
  
- 14. 0.** No creo tener peor aspecto que antes

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

**15.** 0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

**16.** 0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

**17.** 0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

**18.** 0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

**19.** 0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

**20.** 0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

**21.** 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual

#### Anexo 4. Test de Funcionalidad Familiar Ff- sil

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos.

A continuación, indique con un visto, con qué frecuencia se presentaron esas actitudes dentro de su círculo familiar. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					

11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					