



Universidad del Azuay

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

Escuela de Psicología Clínica

Tema:

“Depresión y factores asociados en adolescentes embarazadas en el Cantón
Santa Isabel”

Directora:

PhD. Yolanda Dávila

Autora:

Ruth Cecilia Paucar Sánchez

Cuenca – Ecuador

2019

Dedicatoria

Todo este esfuerzo está dedicado a ti mamá Gloria Sánchez Vásquez, porque siempre estuviste ahí brindándome tu apoyo incondicional en todas las formas que creo sean posibles, fuiste la primera persona quien nunca dejó de creer en mí, y que a pesar de las adversidades me motivo a seguir adelante y alcanzar mis metas que en parte fueron de las dos, el poder llegar a ser una profesional. Sé que no puedes estar presente, no fue como lo planeamos mamá, sé que estas muy lejos de mí físicamente pero no emocionalmente; puesto que cada día desde que partiste de este mundo te he llevado en mi mente y corazón, aunque no te imaginas la falta y el vacío que has dejado en mí, es inexplicable. Hoy en este día tan especial para mí te dedico este logro con todas las fuerzas de mi corazón y aunque no estés a mi lado esto lo logramos juntas, gracias mamá porque todo lo que soy, tengo y he logrado ha sido por a ti. Te amo Mamá.

Agradecimiento

Quiero empezar agradeciendo principalmente a Dios por permitirme estar aquí en este momento, a mis padres Gloria Sánchez y Víctor Paucar por haberme forjado en lo que soy; a mi esposo Erick Molina A. por no solo ser mi compañero de vida, si no el bastón en el cual me apoyo cuando más lo necesito, quien supo con su motivación y perseverancia alentarme a sacar lo mejor de mí, es quien ha estado en estos últimos años de mi vida luchando firme a mi lado, en los momentos buenos, malos y desastrosos....brindándome de manera incondicional siempre su cariño, amor, comprensión y enseñándome que en la vida nada es inalcanzable; a mis amados hijos Sebastián y Mía M, que llegaron a poner mi vida de cabeza, pero a su vez a brindarme la luz que necesito cada día para continuar llenando esta fuente de motivación, inspiración y lucha diaria con el fin de poder ofrecerles un futuro mejor. A todos mis profesores que con sabiduría y paciencia supieron inculcarme sus enseñanzas diarias para alcanzar esta meta y poder continuar con esta nueva etapa de mi vida profesional. Gracias a todos.

Índice

Contenido

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento	3
Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción	8
Capítulo I	10
Adolescencia y embarazo	10
1.1 Definición	10
1.2 Etapas de la adolescencia.....	10
1.2.1 Adolescencia temprana.....	10
1.2.2 Adolescencia media.....	11
1.2.3 Adolescencia tardía.	12
1.3 La adolescente embarazada	12
1.4 La Depresión	14
Capítulo 2.....	18
2.1 Metodología	18
2.1.1 Población y muestra	18
2.1.2 Criterios de inclusión y exclusión	18
2.1.3 Instrumento	18
2.1.4 Procedimiento	19
2.1.5 Análisis de datos	19
Capítulo 3.....	21
Resultados	21
3.1 Análisis de resultados	21
3.2 Discusión	26

Conclusiones	31
Recomendaciones.....	32
Bibliografía	33
Anexos:	39

Índice de tablas

Tabla 1. Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel.....	21
Tabla 2. Edad y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel	21
Tabla 3. Escolaridad y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel	22
Tabla 4. Estado civil y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel	22
Tabla 5. Lugar de residencia y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel	22
Tabla 6. Ocupación y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel	23
Tabla 7. Convivencia y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel.....	23
Tabla 8. Nivel Socio económico y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel	23
Tabla 9. Tipo de familia y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel.....	24
Tabla 10. Número de embarazo y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel	24
Tabla 11. Correlaciones estadísticas variables sociodemográficas y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel	25

Índice de anexos

Anexo 1. Ficha socioeconómica.....	41
Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck	43
Anexo 3. Consentimiento Infromado	48

Resumen

Los países en vías de desarrollo cuentan con mayores índices de embarazo adolescente, hecho preocupante, pues las personas muchas veces no están preparadas ni social ni económicamente para afrontarla, incrementando la pobreza y la falta de educación. Estos aspectos pueden ocasionar en la embarazada desesperación, miedo, pena, culpa, propiciando la generación de síntomas depresivos.

El objetivo del trabajo fue identificar la depresión con factores asociados en adolescentes embarazadas en el Cantón Santa Isabel en el periodo 2019, el estudio fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal; participaron 40 embarazadas que asistieron a control ginecológico en el Hospital José Félix Valdivieso, los instrumentos que se aplicaron fueron una ficha sociodemográfica y el test de Beck. El nivel de depresión de las adolescentes embarazadas es leve con el 12,5% y depresión grave con el 5%, mediante el análisis estadístico se determinó que no existe relación entre el grado de depresión y los factores sociodemográficos.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, factores asociados, sociodemográfica.

Abstract

Developing countries have higher rates of adolescent pregnancy, which is worrying. People are not often prepared either socially or economically to confront it. This increases poverty and lack of education. These aspects can cause despair, fear, grief, guilt, leading to the generation of depressive symptoms in the pregnant woman. The objective of this research was to identify depression with associated factors in pregnant adolescents in Santa Isabel, in 2019. The study followed a correlate, cross-sectional, and descriptive approach; 40 pregnant women who attended to their gynecological control at Hospital José Félix Valdivieso participated in this study. The instruments that were applied were a sociodemographic record and the Beck's test. The level of depression of pregnant adolescents was found as mild with 12.5%. Severe depression was evidenced in 5%. The statistical analysis determined that there was no relationship between the degree of depression and the sociodemographic factors.

Keywords: pregnancy, adolescence, associated factors, sociodemographic.

Translated by

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Magali Aiteaga'.A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ruth Cecilia Paucar Sánchez'.

Ruth Cecilia Paucar Sánchez

Introducción

En la actualidad Ecuador es el tercer país con la tasa más alta de embarazos adolescentes de la región, el 40% de los jóvenes inician su vida sexual antes de los 15 años, es decir la precocidad en este aspecto incrementa la presencia de embarazos (García, 2018). Es importante considerar que un embarazo durante la adolescencia representa un alto riesgo de salud tanto para la madre y para el recién nacido, pues la mujer no está preparada biológicamente ni emocionalmente para concebir lo que puede presentar depresión y otros padecimientos.

El embarazo en la adolescencia incrementa el riesgo de vulnerabilidad a lo largo de la vida, disminuyendo las oportunidades a las jóvenes de educación, mejores empleos y oportunidades de ingresos. Todo esto conlleva a la presencia de padecimientos psicológicos que afectan la calidad de la salud de las mujeres.

Por lo tanto, la atención médica debe abarcar el aspecto orgánico y emocional, pues, una joven embarazada experimenta sentimientos de culpa, miedo o tristeza que suelen prolongarse por periodos largos de adaptación, lo que dependerá del apoyo que reciba de la familia y la pareja, cuando se trata de menores de edad se les dificulta hablar sobre su situación, generando estrés y depresión.

Por ello es importante conocer cuál es la relación entre el embarazo adolescente y el nivel de depresión, la muestra estuvo conformada por adolescentes embarazadas que asisten a consulta ginecológica en el Hospital José Feliz Valdivieso del Cantón Santa Isabel de la Provincia del Azuay, mediante la aplicación del cuestionario sociodemográfico que permitió identificar los factores asociados y el Cuestionario de Beck para establecer el nivel de depresión de las embarazadas, posteriormente se estableció la relación entre las diferentes variables.

Se identificó que independientemente del grado de depresión los factores sociodemográficos no influyen en el padecimiento pues no existe relación estadísticamente significativa, ($p > 0.05$).

Para el desarrollo de la investigación se plantearon tres capítulos que permitirán cumplir con los objetivos propuestos:

Capítulo I: en este apartado se realizó un recorrido teórico sobre la adolescencia, el embarazo, su clasificación, la depresión, síntomas y la metodología de Beck para evaluar el nivel de depresión.

Capitulo II: se expone la metodología utilizada en la investigación, así como los instrumentos utilizados para la recolección de la información.

Capitulo III: muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la ficha y el inventario de Beck, que permitieron identificar la relación entre la depresión y las variables sociodemográficas. Identificando diferencias o semejanzas en estudios similares, finalmente se establecen las conclusiones y recomendaciones que giran en torno a los objetivos del estudio.

Capítulo I

Adolescencia y embarazo

1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud [OMS (2019)] define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano producido después de la niñez y antes de la edad adulta entre los 10 y 19 años. Es considerada como una de etapa de transición importante en la vida de las personas, caracterizada por el crecimiento acelerado lleno de cambios donde se experimenta varios procesos biológicos.

Es el tiempo de preparación de la edad adulta, en la cual se producen varias experiencias, más allá de la maduración física y sexual, incluye la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adultos y asumir las responsabilidades que conlleva, es decir la juventud constituye la etapa donde se asumen riesgos y donde el entorno social tiene una influencia determinante (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Este periodo se caracteriza por ser una de las épocas de mayor transformación, en los niños y niñas, que implica el crecimiento y maduración además de los cambios de autodefinición y subjetividad, presentándose varios conflictos entre padres e hijos. Esta edad es compleja y valiosa que requiere de la atención frecuente de los padres y profesionales de la salud que deben conocer cuáles son las peculiaridades de esta etapa y como orientar al joven para afrontar exitosamente los problemas que se presenten (Águila, Díaz, Díaz, 2017).

1.2 Etapas de la adolescencia

La adolescencia no constituye un proceso continuo, sincrónico y uniforme, por el hecho de que intervienen varios aspectos biológicos, emocionales, intelectuales que no llevan el mismo ritmo madurativo, se puede esquematizar al adolescente en tres etapas.

1.2.1 Adolescencia temprana.

Tiene lugar desde los 10 y 13 años, en esta etapa de transición de niños a adolescente comienzan los primeros cambios físicos, identificados con el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales y características secundarias, tanto niñas y niños cobran mayor conciencia del género y pueden cambiar la apariencia según las normas que observen. En esta fase es donde los jóvenes cuentan con un espacio claro para conciliar la transformación cognitiva, sexual, emocional y psicológica (UNICEF, 2016).

Durante esta época es importante el papel de los padres para prevenir complicaciones, que pueden afectar a los menores, por ello, es indispensable la adecuada capacitación sobre aspectos relacionados a esta etapa, sus características, entre otras, puesto que aquí los individuos emprenden sus aspiraciones y se esfuerzan por saber quién es y quien quiere ser, es el proceso de conocerse a sí mismo, proyectar e identificar ideales y objetivos (Águila, Díaz, y Díaz, 2017).

Gonzales y Molina (2018) señalan que la adolescencia temprana es una de las etapas donde las actividades de tipo románticas y encuentros grupales van sobresaliendo, estas actividades preceden de la aparición de encuentros casuales, esporádicos, poco intensos y con una duración corta. Los jóvenes que inician las relaciones tempranas son más propensos a comportamientos disruptivos externos como baja rendimiento académico, no acatamiento de las normas, carentes metas futuras, agresión, consumo de sustancias alcohólicas, inicio de actividades sexuales tempranas, como internos como síntomas depresivos, disfunción familiar, escasa red de apoyo, inicio temprano de relaciones románticas.

Se debe poner especial atención al desarrollo de los jóvenes durante esta etapa, pues es aquí donde comienzan los cambios importantes a nivel interno y externo de los adolescentes, como por ejemplo pasan de la escuela al colegio, donde intervienen varios factores que pasan a formar parte de la vida cotidiana, como convivir en centros educativos mixtos, la necesidad de pertenecer al grupo y los cambios hormonales propios de la edad (Gaete, 2015).

1.2.2 Adolescencia media.

Comprende la edad entre 14 y 17 años, caracterizada principalmente por la aparición de conflictos, dentro de la familia debido a la relevancia que adquiere dentro del grupo, en esta etapa se presentan con mayor probabilidad las conductas de riesgo.

En esta edad los jóvenes sienten interés por las relaciones románticas y sexuales, se produce la aceptación del cuerpo y la apariencia externa, el adolescente también desarrolla una imagen de sí mismo y lo que proyecta a los demás, la pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia familiar son consecuencias directas del cambio durante esta etapa (Gaete, 2015).

Se presentan pensamientos y sueños que pueden causar conflictos con los padres, existe mayor necesidad de independencia, el grupo de amigos es un referente trascendental, estos pueden convertirse en un factor protector o de riesgo según las actividades o el fin que persigan.

De acuerdo a la investigación realizada se define a la adolescencia media como la etapa donde, las relaciones con los demás se hacen más fuertes y son más propensos a ser influenciado por el entorno, se generan los conflictos con los padres pues aquí los jóvenes quieren más independencia y autonomía en las actividades que realizan, por otro lado, los padres durante esta etapa están más pendientes de los hijos y de su desarrollo.

1.2.3 Adolescencia tardía.

Abarca edades entre los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y la aceptación de las tareas y responsabilidades que son parte de la madurez (Guemes, González e Hidalgo, 2017).

Durante esta etapa los jóvenes son más conscientes de las consecuencias que tienen sus actos, del mismo modo las relaciones con los padres mejoran, pues se van consolidando los valores y relaciones familiares, sin embargo, durante esta época los jóvenes sienten la necesidad de formar relaciones de pareja y a ordenar sus prioridades de acuerdo a criterios más realistas y de acuerdo a las circunstancias (Hernández, 2017).

También es importante identificar que los pensamientos son más maduros, incidiendo en decisiones acertadas, existe más tolerancia y los jóvenes empiezan a reconocer la importancia de los valores de los padres, es así que la familia tiene un papel importante durante todo el proceso. Al finalizar la etapa de adolescencia se alcanza la identidad personal, psicológica, económica y social (Hernández, 2017).

1.3 La adolescente embarazada

El embarazo adolescente comprende entre los 10 y 19 años de edad, genera un gran impacto en los jóvenes no solo por los problemas de salud, sino por los cambios que genera en el estilo y proyectos de vida, a nivel social, educativo y familiar que en ocasiones forja el rezago educativo, pues la madre tiene que asumir la maternidad dejando de lado las actividades habituales (Villalobos, 2015).

Según Quintero (2015) la adolescencia presenta la etapa de incertidumbre y exploración del cuerpo y entorno, intensificándose con el tema de la sexualidad, ahí precisamente se

da inicio temprano a la sexualidad, resultando el embarazo precoz, actualmente considerado como un problema de salud pública, social y psicológica que asocia aspectos complejos.

La etapa del embarazo adolescente está formada por aspectos complejos relacionados con factores de riesgo como las directrices para la crianza de los niños, el tipo de relaciones que las adolescentes construyen en la vida cotidiana, escasas respuestas efectivas tanto de las instituciones como de los padres, lo que obstaculiza el desarrollo de las madres a nivel social y económico, convirtiéndolas en amas de casa dejando de lado las demás actividades que realizaba anteriormente (Quintero y Rojas, 2015).

El embarazo en la adolescencia es una complicación de origen multifactorial, con la presencia de complicaciones para la madre y el feto. Los hijos de madres adolescentes representan el 11% de los nacimientos a nivel mundial, en el Ecuador 2 de cada 3 menores entre 15 -19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez (Mendoza, Claros y Peñaranda, 2016).

El hecho de que una adolescente quede embarazada es responsabilidad de toda la sociedad, desde los profesionales de salud mediante la incorporación de herramientas que proporcionen conocimientos sobre las relaciones sexuales y cuáles son las consecuencias que traen, de los padres de familia mediante charlas con los hijos que les transmitan confianza para hablar de este tema de forma clara y de los propios adolescentes mediante la concientización de los resultados de los actos y la responsabilidad que trae un hijo, pues no se puede volver a llevar la vida anterior, en muchas ocasiones tienen que dejar sus estudios para buscar el sustento para la familia y dedicarse únicamente a la maternidad (Cabeza, 2019).

Según Vanegas y Nayta (2019) dentro de los factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente están:

- Factores individuales: abandono escolar, dificultad para establecer proyectos de vida, autoestima baja, abuso de sustancias.
- Factores familiares: familias disfuncionales, pérdida de algún ser querido, madre o padre ausente.
- Factores sociales: migración, pobreza, violencia, falta de educación sexual.
- Inicio temprano de la sexualidad: abuso sexual, pubertad temprana.
- Inicio tardío: énfasis en la abstinencia, consistencia y confianza de los padres.

1.4 La Depresión

1.4.1 Concepto

La depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés y deseos, sentimientos de culpa, poca autoestima, puede llegar a hacerse crónica dificultando el desempeño dentro del trabajo, escuela y las capacidades para afrontar situaciones de la vida (OMS, 2019).

Comprende el estado de ánimo constituido por el conjunto de síntomas, donde predominan los de tipo afectivo como irritabilidad, malestar, acompañados de síntomas cognitivos y físicos. En la práctica clínica la depresión no se presenta de forma aislada, sino con la presencia de otras psicopatologías, como por ejemplo la ansiedad y diversas manifestaciones sintomáticas (Morales, 2017).

Según Alzuri, Hernández y Calzada (2017) la depresión constituye un trastorno del cerebro, existen varias causas incluyendo, factores genéticos, ambientales y psicológicos, esta se puede presentar a cualquier edad, usualmente comienza en la adolescencia o adultos jóvenes, es más común en las mujeres.

1.4.2 Signos y síntomas

Según National Institutes of Health NIMH (2019) la depresión es la enfermedad que afecta a la mente y el cuerpo, produciendo cambios en todo el organismo, entre los síntomas frecuentes están:

- Estado de ánimo persistente de tristeza, ansiedad.
- Pérdida de interés o placer por las actividades realizadas.
- Inquietud, irritabilidad.
- Sentimos de culpa, desesperanza, impotencia.
- Dormir demasiado o falta de sueño.
- Pérdida de peso y de apetito.
- Disminución de la energía.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Síntomas físicos que no responden a los tratamientos.

La depresión está relacionada con el incremento de los estrógenos, serotonina y la actividad de la noradrenalina en el sistema nervioso central del mismo modo se ha

determinado que la depresión puede reflejar episodios de alteraciones de la función ovárica (Pardo, Finkle, Gonzales y Gaviria, 2013).

Según el manual DSM-5 (2018) existen varios especificadores de los trastornos depresivos entre los cuales se pueden clasificar:

Con ansiedad: definida como la presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

- Sentimientos de nerviosismo.
- Se sienten inquietos de vez en cuando.
- Dificultad para concentrarse como consecuencias de las preocupaciones.
- Miedo que suceda algún evento inesperado. (American Psychiatric Association, 2018)
- Sentimientos de perder el control.

Con características mixtas: están presentes síntomas maníacos o hipomaniacos casi todos los días durante la mayoría de los días entre los síntomas están:

- Estado de ánimo elevado.
- Incremento de la autoestima o sentimientos de superioridad.
- Incremento de la energía enfocada a un objetivo.
- Disminución de las necesidades de sueño.
- Realización de actividades excesivas que tienen amplias posibilidades de consecuencias negativas.
- Este tipo de síntomas son evidentes hacia otras personas y representan un cambio habitual del individuo.

Con características melancólicas: una de las características está presente durante el episodio depresivo:

- Pérdida del placer por las actividades anteriormente realizadas.
- Falta de reactividad a estímulos placenteros.

Cuando se presentan tres o más de las siguientes características:

- Una condición bien definida del estado del ánimo depresivo constituye un desaliento profundo, desesperación o mal humor.
- La depresión es generalmente mayor en la mañana.
- Considerable agitación o retraso psicomotor.

- Pérdida de peso o presencia de anorexia.
- Culpa inapropiada o excesiva.

Características atípicas: se puede aplicar estas características cuando predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o trastorno depresivo recurrente:

- Reactividad en el estado de ánimo.
- Notable incremento de peso o apetito.
- Hipersomnia.
- Sensación de pesadez en brazos o piernas.
- Sensibilidad de rechazo interpersonal.

1.4.3 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que a nivel mundial más de 300 millones de personas padecen este trastorno, ubicado en el tercer puesto en la carga de salud mental del mundo (OMS, 2019).

La depresión es un padecimiento clínico frecuente, se calcula que entre el 3 y 5% de la población la padecen, identificado como la sensación de infelicidad o desmoralización, en el Ecuador el 64% de personas atendidas por depresión fueron mujeres, entre los 19 a 59 años originados por la presencia de factores biológicos y ambientales (INEC, 2015).

La prevalencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que hombres, comienza en la adolescencia y se mantiene en la edad adulta, influenciada generalmente por factores biológicos como las alteraciones a nivel genético, estructural u hormonal (Avalia-t, 2014).

Entre los factores ambientales que contribuyen a la presencia de trastornos depresivos, están los perinatales y psicosociales, como por ejemplo el sexo, edad, tipo de familia, estado civil y nivel de estudios (Hernández, García, Leal y Durán, 2014).

1.4.4 La depresión frente al embarazo adolescente

La depresión en adolescentes embarazadas se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando sus roles habituales para su edad cambian notablemente por la responsabilidad que con lleva el estar embarazada y por ende adquirir una madurez temprana para su edad. Causando los siguientes síntomas: tristeza sin explicación, decaimiento, falta de interés, sentimientos de culpabilidad, bajo apetito, cansancio; los

cuales ponen en riesgo a la adolescente y a su hijo debido al riesgo de suicidio (Roxana, 2017).

La adolescente que queda embarazada tiene que enfrentarse a una serie de factores que producen estrés como el desarrollo de la adolescencia que está lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos, que modifican la calidad y expectativas de vida, además la futura madre tiene que adaptarse a cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran el estilo de vida (Mora y Hernández, 2015).

Por otra parte, Rojas, Albano, Llanos, Decaino y Trias (2009) destacan que la calidad de la relación de pareja influye directamente sobre la presencia de la depresión, evidenciándose así, que la ausencia de la pareja, el enfrentar el embarazo sola, de no tener el apoyo de una pareja y no poder compartir juntos esta nueva etapa de sus vidas, más aún con el hecho de que debe enfrentarse y ser vista ante la sociedad como una madre soltera puede actuar como un disparador de los síntomas depresivos, influye fundamentalmente sobre la calidad de la misma.

En un estudio realizado por Díaz, Amanto, Chávez, Ramírez, Rangel, Rivera y López (2013) las embarazadas con pareja inestable tienen mayor riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable, en el caso de embarazo no deseado el riesgo de depresión es de 1,66.

En conclusión, las mujeres son más susceptibles a padecer depresión, debido a los cambios hormonales durante el embarazo y demás factores que influyen en las acondiciones de salud de las embarazadas. Además, los trastornos depresivos son multicausal es decir su presencia durante el embarazo de debe a la relación entre su pareja, cuando una persona cuenta con el apoyo de la otra persona las responsabilidades son compartidas, al igual el acceso a trabajo o no interfiere en la depresión, pues las mujeres que se sienten más realizadas tienden a enfocarse en el desarrollo de las actividades diarias, al contrario de las mujeres que se dedican a las actividades dentro de casa.

Capítulo 2

2.1 Metodología

La presente investigación fue descriptiva correlacional de corte transversal, se identificó y describió la depresión y factores asociados en las adolescentes embarazadas que asistieron a control ginecológico en el Hospital José Félix Valdivieso del Cantón Santa Isabel durante el periodo de agosto hasta octubre del 2019.

2.1.1 Población y muestra

La muestra fue por conveniencia, conformada por 40 pacientes, adolescentes embarazadas que asistieron a control ginecológico en el Hospital José Félix Valdivieso del Cantón Santa Isabel de la provincia del Azuay durante los meses de agosto a octubre del 2019.

2.1.2 Criterios de inclusión y exclusión

2.1.1.1 Criterios de inclusión

Adolescentes de entre los 14 a 19 años, por estar en las etapas de adolescencia media y tardía, encontrarse en una etapa de gestación mayor a 12 semanas y acudir al control ginecológico en el Hospital José Félix Valdivieso.

2.1.1.2 Criterios de exclusión

Mujeres menores a 14 y mayores a 20 años y personas con discapacidad mental.

2.1.3 Instrumento

Los instrumentos aplicados a las participantes fueron:

2.1.3.1 Ficha sociodemográfica

Proporcionó información personal de la adolescente: estado civil, con quien vive, residencia, estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación, tipo de familia, número de embarazo. (Anexo 2)

2.1.3.2 Test de Beck (BDI-II)

El BDI-II, proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en los adolescentes de 13 años o más. Conformado por ítems indicativos de síntomas tales como: tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Está compuesto por 21 ítems en la escala de Likert,

con el puntaje de 0-3 según la intensidad de los síntomas, el puntaje final de la escala va de 0 a 63 puntos, de acuerdo al objetivo el puntaje total se clasifica en cuatro categorías: depresión mínima: de 0 a 9 puntos; depresión leve: de 10 a 16 puntos; depresión moderada: de 17 a 29 puntos; depresión grave: de 30 a 63 puntos.

Los ítems del test presentan altas saturaciones en un factor o dimensión básica de depresión; siendo importante destacar que las puntuaciones presentan alta fiabilidad, estimada mediante diseños de consistencia interna. La validez convergente con otras medidas de depresión adecuada para traducir y adaptar los ítems a la población.

El análisis de fiabilidad y validez del instrumento se determinó de acuerdo a los estudios realizados con la aplicación del mismo, por ejemplo Barreda (2019) realizó una investigación para determinar las propiedades psicométricas del Test de Beck (BDI-II) en una muestra clínica dando como resultado con respecto a la confiabilidad de 0,93, mientras que en la validez fue realizada mediante la consulta a expertos psicólogos especialistas en depresión, obteniendo un coeficiente de validez del 100%.

Por otro lado, Sánchez y Farfán (2019) señalan que el Test de Beck (BDI-II) es un instrumento estandarizado y validado en Argentina, cuya validez evidencian dos factores, el cognitivo y el somático-afectivo, la confiabilidad mostro un 0,93 para poblaciones no clínicas mientras que para poblaciones clínicas la validez fue del 0,92. (Anexo 1)

2.1.4 Procedimiento

Para realizar la investigación, los padres de las menores que asistieron a la consulta ginecológica en el Hospital José Feliz Valdivieso del Cantón Santa Isabel de la Provincia del Azuay, firmaron el consentimiento informado junto con las adolescentes y a su vez de esta manera se procedió a la aplicación de la ficha sociodemográfica y el test “Inventario de Depresión de Beck BDI-II”. (Anexo 3)

2.1.5 Análisis de datos

Mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck (BDII), se obtuvo información del estado emocional de la adolescente embarazada y a través de la ficha sociodemográfica, se recolectó datos referentes al estado civil, con quien vive, residencia, estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación, tipo de familia, número de embarazo, todos estos datos fueron introducidos al programa estadístico SPSS 20. Se realizó el

análisis descriptivo de las variables de estudio a través de la prueba estadística del chi cuadrado (χ^2) se buscó establecer las relaciones entre las variables de estudio.

Capítulo 3

Resultados

3.1 Análisis de resultados

Una vez aplicado el cuestionario a las 40 adolescentes que asisten al control ginecológico en el Hospital José Félix Valdivieso del Cantón Santa Isabel de la provincia del Azuay se procede a exponer los resultados obtenidos.

Tabla 1. *Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

Grado	Frecuencia	Porcentaje
Mínima depresión	33	82,5%
Depresión leve	5	12,5%
Depresión grave	2	5%
Total	40	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck
Elaborado por: Ruth Paucar

Como se observa en la tabla 1, 33 (82,5%) de las adolescentes embarazadas presenta un mínimo de depresión, 5 (12,5%) adolescentes fueron diagnosticadas con depresión leve y 2 (5%), tuvieron depresión grave.

Tabla 2. *Edad y grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

Edad	Grado de depresión							
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
14	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
15	3	75%	1	25%	0	0%	4	100%
16	3	100%	0	0%	0	0%	3	100%
17	8	80%	1	10%	1	10%	10	100%
18	12	80%	2	13%	1	7%	15	100%
19	6	86%	1	14%	0	0%	7	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck
Elaborado por: Ruth Paucar

Del total de encuestadas, el 100% de mujeres de 14 años y 75% de 15 años presentan mínima depresión; 25% en este mismo grupo etario depresión leve. En tanto que el 100% de adolescentes de 16 años muestra mínima depresión, contrastada con las de 17 años que evidencian un 80% de mínima depresión; 10% leve y grave, respectivamente. el 80% Las

mujeres de 18 años presenta un diagnóstico de depresión mínima, el 13% leve y 7% grave; el 86% de las adolescentes de 19 años presentan mínima depresión y 14% de leve.

Tabla 3. *Escolaridad y nivel de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

Nivel escolaridad	Grado de depresión						Total	
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión grave		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Básica	11	85%	2	15%	0	0%	13	100%
Bachillerato	22	81%	3	11%	2	7%	27	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck

Elaborado por: Ruth Paucar

La tabla 3 demuestra que el 85% de mujeres que presentan mínima depresión tienen instrucción básica; el 15% con la misma formación. Por otro lado, el 81% que terminó el bachillerato evidencia depresión mínima; 11% leve y 7% grave.

Tabla 4. *Estado civil y grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

Estado Civil	Grado de depresión						Total	
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión grave		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Soltera	19	76%	4	16%	2	8%	25	100%
Unión Libre	14	93%	1	7%	0	0%	15	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck

Elaborado por: Ruth Paucar

El 76% de adolescentes con depresión mínima, el 16% con leve y el 8% con depresión grave son solteras; mientras que el 93% con mínima depresión y 7% con depresión leve señalan que viven en unión libre con su pareja.

Tabla 5. *Lugar de residencia y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

Lugar Residencia	Grado de depresión						Total	
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión grave		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Urbana	16	84%	1	5%	2	11%	19	100%
Rural	17	81%	4	19%	0	0%	21	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck

Elaborado por: Ruth Paucar

Del total de mujeres encuestadas, el 84% presentaron depresión mínima, el 5% de las adolescentes con depresión leve residen en el área urbana; en tanto que el 81% que fueron diagnosticadas con mínima depresión y 19% leve, pertenecen al sector rural.

Tabla 6. *Ocupación y nivel de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

Ocupación	Grado de depresión							
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ninguna	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Estudiante	16	84%	1	5%	2	11%	19	100%
Ama de Casa	15	79%	4	21%	0	0%	19	100%
Empleado/a Privado/Público	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck
Elaborado por: Ruth Paucar

El 100% las mujeres sin ocupación evidencian depresión mínima; el 84% con la misma condición son estudiantes; 5% de ellas muestran depresión leve y el 11% grave. el 79% de las amas de casa, muestran mínima depresión y 21% leve; en tanto que todas aquellas que adolescentes que son empleadas públicas y/o privadas muestran mínima depresión.

Tabla 7. *Convivencia y grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

¿Con quién vive?	Grado de depresión							
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sola	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Padres	13	72%	3	17%	2	11%	18	100%
Pareja	15	94%	1	6%	0	0%	16	100%
Familiares	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck
Elaborado por: Ruth Paucar

El 100% las adolescentes embarazadas que viven solas registran depresión mínima; el 72% que viven con los padres muestran mínima depresión, el 17% leve y 11% grave. Por otro lado, quienes conviven con la pareja evidencian que el 94% presentan mínima depresión; 6% leve; el 80% de las mujeres que viven con familiares presentan mínima depresión y el 20% depresión leve.

Tabla 8. *Nivel Socio económico y Grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

Nivel Socio Económico	Grado de depresión							
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Clase Alta	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Clase Media	20	87%	2	9%	1	4%	23	100%
Clase baja	12	75%	3	19%	1	6%	16	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck
Elaborado por: Ruth Paucar

El 100% de mujeres que muestran una mínima depresión pertenecen a la clase alta; el 87% con la misma condición, 9% con depresión leve y 4% con depresión grave son de clase media; y el 75% tienen mínima depresión, 19% leve y 6% grave de las participantes pertenecen a un nivel socio económico bajo.

Tabla 9. *Tipo de familia y grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

Tipo de familia	Grado de depresión						Total	
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión grave		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Nuclear	25	86%	3	10%	1	3%	29	100%
Extensa	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
Monoparental	3	60%	1	20%	1	20%	5	100%
Padres Separados	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck
Elaborado por: Ruth Paucar

El 25% de las participantes presentaron una mínima depresión, el 10% depresión leve y el 3% grave estas adolescentes pertenecían a familias nucleares; por otro lado, el 80% que presentaron mínima depresión y 20% con leve convive en familias extensas; en tanto que el 60% con mínima depresión, 20% leve y grave, respectivamente, tienen familias monoparentales, así como el 100% que muestran depresión mínima viven con padres separados.

Tabla 10. *Número de embarazo y grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

Número de embarazos	Grado de depresión						Total	
	Mínima depresión		Depresión leve		Depresión grave		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Primero	31	84%	4	11%	2	5%	37	100%
Segundo	2	67%	1	33%	0	0%	3	100%

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck
Elaborado por: Ruth Paucar

El 84% de las adolescentes que fueron diagnosticadas con mínima depresión registran un primer embarazo; el 11% depresión leve y 5% depresión grave. Por otro lado, con un segundo embarazo se observa que 67% presentaron mínima depresión y 33% leve.

Tabla 11. *Correlaciones estadísticas variables sociodemográficas y grado de depresión, adolescentes embarazadas HJFV-Santa Isabel*

	Variable	Grado de depresión			Chi cuadrado	Valor p
		Mínima	Leve	Grave		
Grupo etario	14-16 años	7	1	0	0,53	0,76
	Mayores a 16 años	26	4	2		
Escolaridad	Básica	11	2	0	1,1	0,46
	Bachillerato	22	3	2		
Estado Civil	Soltera	19	4	2	2,19	0,15
	Unión Libre	14	1	0		
Residencia	Urbano	16	1	2	3,74	0,15
	Rural	17	4	0		
	Ninguna	1	0	0		
Ocupación	Estudiante	16	1	2	4,47	0,61
	Ama de Casa	15	4	0		
	Empleada Pública/Privada	1	0	0		
Convivencia	Sola	1	0	0	4,06	0,66
	Padres	13	3	2		
	Pareja	15	1	0		
	Familiares	4	1	0		
Nivel Socio Económico	Clase Alta	1	0	0	1,21	0,87
	Clase media	20	2	1		
	Clase Baja	33	5	2		
Tipo de Familia	Nuclear	25	3	1	3,76	0,7
	Extensa	4	1	0		
	Monoparental	3	1	1		
	Padres Separados	1	0	0		

Fuente: Resultados inventario de depresión de Beck
Elaborado por: Ruth Paucar

Al relacionar el grupo etario, la escolaridad, la ocupación, el nivel socioeconómico, el tipo de familia, número de embarazos y el grado de depresión de las adolescentes embarazadas que acuden al control ginecológico en el Hospital José Félix Valdivieso del Cantón Santa Isabel de la provincia del Azuay; se observa que no existe relación estadísticamente significativa, ($p > 0.05$). Los factores sociodemográficos no influyen en el grado de depresión presentada por las entrevistadas.

3.2 Discusión

El objetivo del trabajo fue identificar la depresión con factores asociados en 40 adolescentes embarazadas en el Cantón Santa Isabel en el periodo 2019, entre los factores analizados estuvieron; edad, escolaridad, estado civil, residencia, ocupación, convivencia, nivel socioeconómico y tipo de familia, estos permitieron identificar la relación entre la depresión y las variables anteriormente descritas.

Los resultados de la investigación permitieron determinar que 33 (82,5%) adolescentes entrevistadas presentaron un nivel de depresión mínimo, el 12,5% mostraron depresión leve y depresión grave el 5%, lo que evidencia que las condiciones particulares del embarazo y los cambios que han sufrido a nivel corporal y social no interfieren en la forma de vida de la mayoría de encuestadas (Abanto, W., Lazo, D., Monje, F., Espinoza, F., Castillo, P, 2019).

Hallazgos que no coinciden con los de Cordero (2016) que identificó que las adolescentes embarazadas, presentaban el 68,89% de niveles de depresión elevada frente al 31,1% que no presenta depresión. Es decir 7 de cada 10 adolescentes padecían de depresión; las adolescentes embarazadas pueden ser más vulnerables para desarrollar depresión, debido a los cambios de humor y por las hormonas, es así que Queiroz, Balandis, Ribeiro, Guerra y Castanho (2017) identificaron, que el 49,1% de las adolescentes embarazadas muestran síntomas depresivos que varían de leve, moderado y grave, de los el 37,5% de casos presentaron un nivel leve de síntomas depresivos.

Otro estudio realizado en la ciudad de Cuenca por Farfán (2018), arrojó resultados superiores, el 57% de jóvenes presentaron depresión leve y el 39% depresión moderada y finalmente el 4% severa.

En cuanto a la depresión y edad el 100% de mujeres de 14 años y 75% de 15 años presentan mínima depresión; mientras que el 100% de adolescentes en 16 años muestra mínima depresión, contrastada con las de 17 años que evidencian un 80% de mínima depresión; las jóvenes de 18 años muestran el 80% de depresión mínima y las de 19 años registran el 86% de mínima depresión. Resultados que se asemejan con Lozano y Macedo (2015) donde encontraron que el 65,8% de las gestantes tienen una edad entre 15 a 17 años, seguido del 27,0% tienen entre 18 y 19 años, el promedio de la edad de las adolescentes es de 16,4 y 14 años.

Gonzales, Martínez, Martínez y Mariño, (2016) con referencia al nivel de depresión de las adolescentes embarazadas, evidenciaron que el 88% de las entrevistadas presentaron depresión baja y el 12% alta, el autor considera que el solo hecho de presentar manifestaciones de depresión puede influir en el desarrollo normal del embarazo.

Con respecto a la depresión y el estado civil se identificó que el 76% de adolescentes con depresión mínima, 16% con leve y 8% con depresión grave son solteras y el 93% con mínima depresión y 7% con depresión leve viven en unión libre con su pareja, con relación al nivel de estudios se identificó que el 85% de embarazadas que tienen depresión mínima tienen instrucción básica y el 81% estudios secundarios.

El 100% de las adolescentes embarazadas que viven solas presentaron depresión mínima, 72% de aquellas que viven con sus padres muestran una depresión mínima y las que conviven con su pareja presentaron el 94% de mínima depresión. Según el nivel socioeconómico al cual pertenece el 100% de adolescentes embarazadas que mostraron depresión mínima pertenecen a clase alta, el 87% a la clase media y finalmente el 75% pertenecen a la clase baja. Resultados similares se encontraron en el estudio realizado por Cordero, (2016).

Heredia (2018), identificó que el 47,8% de embarazadas solteras presentan depresión leve y el 41,3% de depresión moderada. En el caso de las adolescentes en unión libre el 45% presentan depresión leve.

En lo que respecta al nivel de escolaridad: el 85% de adolescentes embarazadas que se encuentran cursando sus estudios mostraron depresión mínima, al igual que el 81% de adolescentes que ya terminaron el bachillerato.

Se pudo evidenciar que indistintamente a la ocupación a la cual se dediquen cada adolescente embarazada sus niveles de depresión son bajos; es decir el desarrollo de cualquier actividad no interviene en la calidad de vida de las adolescentes. Resultados similares se encontraron según respecta al número de embarazos que haya tenido cada adolescente, pues aquellas madres primerizas presentaron depresión mínima al igual que aquellas que tuvieron dos o más embarazos.

Según, Mijahuanga (2018), determinó que el 83,3% cursan el nivel secundario, el 13,6% nivel primario y el 3% nivel superior, lo que permite deducir que es más frecuente que los embarazos adolescentes se den en la etapa del colegio.

De acuerdo al lugar de residencia el 84% de embarazadas adolescentes presentaron depresión mínima residiendo en la zona urbana y el 81% radicadas en la zona rural; mientras que un 5% que residen en la zona urbana y un 19% que lo hace en la zona rural presentan depresión leve. En el estudio desarrollado en la ciudad de Cuenca identificó que el 90% pertenece al área urbana y el 10% al área rural, lo que puede significar seguramente que esto se deba a la mayor presencia de libertinaje de los jóvenes mediante el acceso a nuevas tecnologías, libertad que pues la mayoría de padres otorgan a sus hijos ya que tienen que trabajar fuera de casa por más tiempo para sustentar los gastos familiares. Al contrario, dentro de la zona rural aún están presentes las responsabilidades de los adolescentes como lo es el trabajo en el campo u otras actividades que realicen los padres. Sin duda esta conclusión está sujeta a cambios puesto que la tecnología y las facilidades se han extendido hoy en día no solo a nivel urbano sino también al rural (Farfán, 2018).

Al analizar la ocupación y la depresión se evidenció que el 100% de adolescentes que no tienen ocupación presentan depresión mínima. Resultados que preocupan ya que en muchos casos tanto madre y padre son menores de edad, ocasionando que dejen sus estudios y tengan que buscar fuentes alternativas de ingresos, por tal situación es frecuente que en esta época se presentan los problemas de pareja, pues es difícil conseguir algún trabajo que proporcione estabilidad económica. En la actualidad se ha observado que los padres ayudan a sus hijos para que terminen sus estudios secundarios brindándoles un lugar para vivir, alimentación y todo lo que respecta con los gastos relacionados con el embarazo (Ellaconza, 2017).

Del mismo modo, con respecto a la ocupación Rodríguez, May, Carrillo y Rosado (2017) encontraron que el 48,1% de embarazadas se dedican a quehaceres del hogar, de las cuales el 82,3% no presentan depresión y el 17,7% presentan niveles de depresión; el 45,3% están dentro del mercado laboral de las cuales el 86,3% no tienen depresión y el 13,7% presentan niveles de depresión, finalmente el 6,6% se dedican a actividades educativas de las cuales el 70,6% no tienen depresión y el 29,4% si presentan depresión.

En lo que respecta a la convivencia el 100% de adolescentes embarazadas que viven solas presentaron depresión mínima al igual que el 72% de adolescentes que viven con sus padres, sin embargo, existe presencia de depresión leve en un 17% de adolescentes que viven con sus padres, un 11% de adolescentes que conviven con su pareja y 20% con familiares.

Resultados diferentes encontró Farfán, (2018) pues un 60% de adolescentes embarazadas viven con su pareja, el 31% con sus padres, el 4% con los abuelos, el 3% con los suegros y el 2% con otros familiares.

Abanto, Monje, Espinoza y Castillo (2019) señalan que el apoyo de la pareja es importante durante de la etapa del embarazo pues aquí las embarazadas pasan por cambios psicológicos y hormonales que afectan a la calidad de vida dando origen a la depresión y más aún cuando los dos miembros de la pareja son menores de edad y tienen que asumir las responsabilidades que conlleva la familia.

Al analizar el nivel socio económico se identificó que el 100% de mujeres pertenecen a la clase alta tienen depresión mínima al igual que el 87% de mujeres que pertenecen a la clase media, con respecto al nivel bajo el 75% mostraron depresión mínima. Resultados diferentes encontraron Rodríguez, May, Carrillo y Rosado (2017), identificaron que las adolescentes de clase alta representan el 29,8%, el 7,8% de ella presentan niveles de depresión, mientras que el 64% que pertenecían a la clase media el 42,8% presentaron niveles de depresión y finalmente el 6,2% pertenecen a la clase baja presentando el 18,7% de depresión (OMS, 2020).

Con referencia al tipo de familia el 25% de las participantes que pertenecen a familias nucleares mostraron depresión mínima, evidenciándose de esta manera que el 80% de adolescentes con depresión mínima provienen de familias extensas, Cogollo (2015) en el estudio realizado en 30 adolescentes embarazadas en Colombia encontró que el 60% de jóvenes viven con la familia extensa (padres y demás familiares) mientras que el 40% convivían con la madre o el padre.

Al evaluar el número de embarazos se determinó que el 84% de adolescentes con depresión mínima registran su primer embarazo, mientras que aquellas que atraviesan por su segundo embarazo el 67% mostraron mínima depresión. Cogollo (2015) encontró

resultados similares al estudio pues el 80% de adolescentes embarazadas son primerizas y el 20% ya habían pasado por un embarazo anteriormente.

Al realizar las correlaciones entre las diferentes variables como la escolaridad, la ocupación, el nivel socioeconómico, el tipo de familia, número de embarazos y el grado de depresión, se evidenció que no existe relación estadísticamente significativa, es decir las variables sociodemográficas no intervienen en el grado de depresión resultados que coinciden con Castillo (2017); Lozano y Macedo (2015).

Las variables sociodemográficas pueden ser potenciales factores protectores en los adolescentes puesto que son características detectables en un individuo, familia o grupo, que favorece al desarrollo de cada individuo, su mantenimiento o recuperación de su salud. Visto de esta manera las variables pueden ayudar a contrarrestar posibles factores de riesgos, conductas y reducir la vulnerabilidad a padecer de depresión. Existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro y específicos, los cuales permiten a la adolescente embarazada enfrentar su situación. Siendo considerado como el principal factor protector el apoyo, la comunicación, y contención familiar (por lo menos con uno de los padres). Además del enfoque en múltiples planos como: biomédicos, psicosocial, familiar y sociocultural (Matte, 2011).

Por otro lado, Martínez y Romero (2009) identificaron que las mujeres que experimentan su primer embarazo presentaron depresión leve, mientras que aquellas que esperan su segundo hijo manifiestan depresión grave y finalmente al hablar de un tercer embarazo la depresión suele ser moderada.

En un estudio realizado por Cordero (2016) donde relacionó la depresión y la funcionalidad familiar encontró que el 68,9% de las adolescentes presentaron algún grado de depresión y el 58,88% pertenecían a familias disfuncionales, los resultados corroboraron la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar con un grado de significancia de $p < 0.000$.

Un estudio realizado por Calderón y Carrillo (2017), determinó que no existe relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y la depresión, sin embargo la ideación suicida tiene una relación significativa con la depresión, principalmente por las discusiones entre pareja. Heredia (2018) identificó en su estudio que la depresión y estado civil tenían una relación estadísticamente significativa según el valor $p=0,000$.

Conclusiones

Al finalizar el presente estudio se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Se identificó que 33 mujeres presentan depresión mínima, 5 depresión leve y 2 depresión grave.
- Las correlaciones estadísticas entre los factores sociodemográficos y la depresión mostraron que independientemente del grado de depresión estos factores no influyen en dicha condición.
- Se evidenció que los factores sociodemográficos pueden considerarse factores protectores ante la depresión en las adolescentes embarazadas.
- Se observó que las mujeres que mantenían una relación estable tienden a desarrollar en mayor grado depresión mínima.
- Las adolescentes embarazadas que viven solas presentan niveles de depresión mínimos.
- En lo que respecta al nivel socioeconómico se comprobó que las adolescentes embarazadas que pertenecen a clase alta, media y baja presentan niveles de depresión mínima.

Recomendaciones

- Las adolescentes embarazadas necesitan de apoyo familiar y de la pareja, para asimilar esta nueva etapa, mejorado su autoestima que eviten confusiones futuras que conlleve a malas decisiones.
- Realizar actividades dentro de los centros de salud y unidades educativas de prevención y concientización del embarazo adolescente, indicando sus causas, consecuencias y medidas de prevención, que los oriente en la toma de decisiones oportunas y que vallan de acuerdo a las actividades propias de la edad.
- Implementar un plan de acción psicológica para aquellas adolescentes embarazadas que presentaron niveles de depresión, contribuyendo con estrategias de atención integral a favor de la comunidad, promoviendo y difundiendo los beneficios de las actividades psicológicas para mejorar la salud mental de este grupo prioritario.
- Se recomienda al Hospital José Félix Valdivieso del Cantón Santa Isabel, implementar programas, proyectos y equipos para la prevención y atención del embarazo adolescente, control psicológico y social, trabajando juntamente con los padres y pareja de las adolescentes con la finalidad de prevenir y tratar la depresión desde el inicio, durante y después del embarazo.
- Se recomienda implementar intervenciones terapéuticas dentro del hospital que ayuden a eliminar los factores de riesgo que provocan la depresión por medio de estrategias para afrontarla.

Bibliografía

- Abanto, W., Lazo, D., Monje, F., Espinoza, F., Castillo, P. (2019). Análisis situacional en la etapa de gestación en madres de la ciudad de Piura. *SCIÉENDO*.
- Acosta Piera, P. G. (2016). *UNAP*.
- Águila, G., Díaz, J., Díaz, P. (2017). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. *MediSur*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2017000500015&script=sci_arttext&tlng=en
- Àguilla, G., Diaz,J., Diaz, P. (2017). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y. *Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raul Dorticós Torrado*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n5/ms15515.pdf>
- Alzuri, M., Hernández, N., y Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n3/rf01307.pdf>
- American Psychiatric Association. (2018). *DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Avalia-t. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.
- Ávila, A. (2014). Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis. Quito, Ecuador.
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 39-52.
- Baylon, J. (2018). Grado de depresión en gestantes adolescentes y relación con los resultados neonatales en el Hospital Maria Auxiliadora enero - julio 2018. Lima, Perú.
- Beck, R. S. (1 de noviembre de 2011). *Pearsonclinical Educación, S.A*. Obtenido de Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

- Cabeza, D. (septiembre de 2019). Consecuencias del embarazo adolescente en el proceso escolar. Campaña de concientización. Guayaquil, Ecuador.
- Calderón., D., y Carrillo, P. (2017). Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años, en el servicio gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue julio-agosto 2017. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1020/TITULO%20-%20Carrillo%20Poma%2c%20Pamela%20Kasandra..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castillo, A. (2017). Apoyo familiar y su relación con síntomas de ansiedad o depresión en madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N°3 Loja. Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19274/1/tesis%20final%20publica%20pdf.pdf>
- Cogollo, R. (2015). Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. *CUIDARTE*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v3n1/v3n1a19.pdf>
- Cordero, M. (2016). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas. Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://201.159.222.99/bitstream/datos/5272/1/11652.pdf>
- Díaz, M., Amanto, R., Chávez, J., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L., y López, J. (Agosto de 2013). Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*.
- Ellaconza, J. (2017). Factores asociados a las gestantes adolescentes deprimidas que asisten al hospital Hipólito Unánue. Lima, Perú. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/941/TITULO%20-%20%20Ellaconza%20Surco%2c%20%20Juana%20Ursula.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Farfán, J. (2018). Impacto del embarazo en la salud mental de las adolescentes del distrito 01D01, Cuenca 2017. Cuenca, Ecuador. Obtenido de

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29982/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev. chil. pediatr.* Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010

García, A. (12 de Mayo de 2018). Ecuador, tercer país en la región con tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años. *El Comercio*, pág. 1. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-estadisticas-embarazo-adolescente-mama.html>

González, C., Hermosillo, A., Vacío, M., Peralta, R., y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149

González, E., y Molina, T. (2018). Relaciones Románticas Tempranas y su asociación con Comportamientos de Riesgo en Salud Durante la Adolescencia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000400368&script=sci_arttext

González, R., Martínez, A., Martínez, A., Martínez, O., y Mariño, E. (2016). Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes. Propuesta de evaluación en el nivel primario. *Multimed. Revista Médica. Granma*. Obtenido de <file:///C:/Users/EQUIPO/Downloads/141-295-1-PB.pdf>

Guemes, M., González, M., y Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 233-244. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

Heredia, Y. (2018). Condición del estado civil y nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes. Centro Materno Perinatal Simón Bolívar Cajamarca 2018. Cajamarca. Obtenido de <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2276/Condici%C3%B3n%20>

0del%20estado%20civil%20y%20nivel%20de%20ansiedad%20y%20deperesi%
C3%B3n%20en%20gestantes%20adolescentes%20Centro%20Mate.pdf?sequen
ce=1&isAllowed=y

Hernández, A. V. (2017). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. *MediSur*, 341-349. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180051460009.pdf>

Hernández, C., García, A., Leal, E., Durán, J. (2014). Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Práctica clínico-quirúrgica*.

INEC. (2015). *64% de las personas atendidas por depresión fueron mujeres*. Quito.

Loredo Abdalá, E. V. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Medigraphic Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.

Lozano., C., y Macedo, Y. (2015). Depresión durante el embarazo y su relación con la violencia familiar en adolescentes atendidas en el Hospital Minsa II 2 Tarapoto julio-diciembre 2015. Obtenido de <http://tesis.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1149/ITEM%4011458-1001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martínez., P., y Romano, W. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 261-274. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992004.pdf>

Matte, R. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia. *Terapia Psicológica*, 85-95. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009

Mendoza, L., Claros, D., Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev. chil. obstet. ginecol*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000300012&script=sci_arttext

Mijahuanga, J. (2018). Factores asociados al embarazo en las adolescentes atendidas en el Centro de Salud Consuelo de Velasco Piura, 2016. Piura, Perú.

- Mora, A., y Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 76-86. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cubana Salud Pública*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/136-138/>
- NIMH. (noviembre de 2019). *National Institutes of Health*. Obtenido de http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion_mujer_esp.pdf
- OMS. (23 de noviembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS. (31 de Enero de 2020). *El Embarazo en la Adolescencia*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
- Organización Mundial de la Salud. (22 de noviembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Pardo, E., Finkle, J., Gonzales, M., y Gaviria, M. (2013). Depresión perimenopáusica: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000400002
- Queiroz, J., Balandis, A., Ribeiro, F., Guerra, N., & Castanho, S. (2017). Prevalence of depressive symptoms among pregnant adolescents. *Nurs Health*. Obtenido de <file:///C:/Users/EQUIPO/Downloads/9263-37571-1-PB.pdf>
- Quintero, A. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 222-237. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608016.pdf>
- Quintero, A., Rojas, H. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del*, 222-237. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608016.pdf>

- Rodríguez, A., May, L., Carrillo, M., y Rosado, L. (2017). Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173e.pdf>
- Rojas, j., Llanos, M., Decaino, M., y Trias, L. (2009). Inventario de Apoyo Social para Embarazadas. *Acta Científica Estudiantil*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2009/ace093i.pdf>
- Roxana, B. P. (2017). *COPYRIGHT*.
- Sánchez, A., Farfán, E. (2019). Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en Universitarios Cajamarquinos. *Interacciones*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7155187>
- Sanz, J., y Paz, M. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100008
- UNICEF. (2016). La adolescencia temprana y tardía. *Punto de mira*.
- Venegas, M., y Nayta, B. (2019). Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Pediatría Atención Primaria*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322019000300006&script=sci_arttext&tlng=pt
- Villalobos, A. C. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud pública de méxico*, 135-143.
- Wagnerd, C.-F. E.-M. (2015). Depresion en Adolescentes. Un Problema Oculto para la Salud Publica y la Practica Clinica. *Science Direct*.

Anexos:

Anexo 1. Ficha socioeconómica

Ficha Sociodemográfica

Nombre: _____

Edad: _____ años

Estado Civil:

1. Soltera

2. Unión Libre

3. Casada

4. Separada

Con quien vive:

1. Sola

2. Padres

3. Pareja

4. Familiares |

5. Otros

Lugar de Residencia:

1. Urbana

2. Rural

Estrato Socio económico:

1. Clase Alta

2. Clase Media

3. Clase Baja

Nivel de Escolaridad:

- 1. Ninguno
- 2. Alfabetización
- 3. Básica
- 4. Bachillerato

Ocupación:

- 1. Ninguna
- 2. Estudiante
- 3. Ama de Casa
- 4. Empleada Privada/Pública

Tipo de Familia:

- 1. Nuclear
- 2. Extensa
- 3. Monoparental
- 4. Adoptiva
- 5. Padres Separados
- 6. Compuesta

Numero de Embarazo:

- 1. Primero
- 2. Segundo
- 3. Tercero

Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

2 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3ª. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 3. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Santa Isabelde del 2020.

En mi carácter de (vinculo) de la menor..... doy mi consentimiento para que se lleve a cabo la aplicación de reactivos psicológicos (ficha sociodemográfica y BDI II) solicitado por Ruth Cecilia Paucar Sánchez egresada de Psicología Clínica quien llevara la aplicación de los mismos. Dejo constancia de haber comprendido la información que he recibido. Presto plena conformidad a su realización y a la entrega del informe al requirente.

Firma:

.....

Representante

Evaluada

Evaluadora

CI:

CI:

CI: