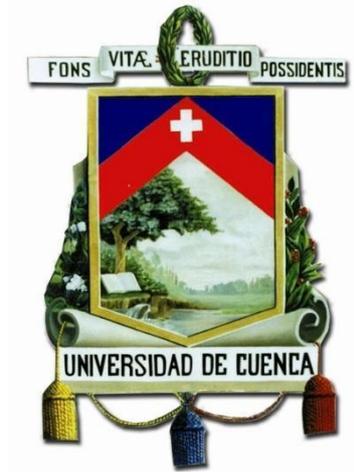


**Universidad de Cuenca**  
**Facultad de Psicología**  
**Carrera de Psicología Clínica**



**Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes gestantes**

Trabajo de titulación previo a la obtención  
del Título de Psicólogo Clínico

**Autoras:**

Jerves Crespo María Fernanda.

CI. 0301574257

Zumba Morocho Pamela Patricia.

CI. 0106027410

**Directora:**

Magister Silvia Lucia López Alvarado.

CI. 0103901583



## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los niveles de depresión en adolescentes embarazadas, tomando en cuenta factores como la edad de las participantes y el apoyo recibido. Para ello se llevó a cabo un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y se aplicó el inventario de depresión de Beck (1996). La muestra estudiada consistió de 40 mujeres, que se encontraban entre los 14 a 17 años. Los resultados indican que 3 de cada 5 adolescentes gestantes, que acuden al centro de diagnóstico por imagen “Medimagen”, presentaban algún tipo de estado depresivo. En relación a la edad, la mayoría de casos reportados que presentaban sintomatología depresiva pertenecieron a adolescentes de 16 años. En lo que respecta a la variable apoyo, los resultados reflejaron que 2 de cada 5 adolescentes en periodo de gestación, no cuentan con el soporte ni de su familia ni de su pareja. Con estos resultados se plantea la necesidad de una evaluación integral que evidencie a tiempo la presencia de síntomas que podrían ser causantes de una posible depresión en esta población.

Palabras clave: adolescentes embarazadas; niveles de depresión; embarazo; inventario de Beck.



## Abstract

This research aimed to determine the levels of depression in pregnant adolescents, taking into account factors such as the age of participants and the received support. To accomplish this aim a quantitative study using a descriptive design was conducted and the inventory of depression of Beck (1996) was used. The sample consisted in 40 women between 14 and 17 years old. Results indicate that 3 out of 5 pregnant adolescents that assist to the diagnostic center “Medimagen” presented any type of depressive state. With regard to age, most of the reported cases that presented depressive symptoms were 16 years old. With regard to the variable of support, results reveal that 2 out of 5 pregnant adolescents do not count with either family or partner support. With these results the necessity of an integral evaluation that integrate the presence of symptoms that could be the cause of depression in this population was proposed.

Keywords: pregnant adolescents; levels of depression; pregnancy; inventory of Beck.



## Índice

Resumen .....	2
Abstract.....	3
Fundamentación Teórica .....	6
Proceso metodológico .....	17
Presentación y análisis de resultados.....	20
Conclusiones y recomendaciones .....	27
Referencias .....	29



### Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

---

María Fernanda Jerves Crespo en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes gestantes", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, Febrero del 2018

María Fernanda Jerves Crespo.

C.I: 0301574257



### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

María Fernanda Jerves Crespo, autora del trabajo de titulación "Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes gestantes", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Febrero del 2018

A handwritten signature in blue ink that reads "María Fernanda Jerves Crespo".

María Fernanda Jerves Crespo.

C.I.:0301574257



### Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

---

Pamela Patricia Zumba Morocho en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes gestantes", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, Febrero del 2018

Pamela Patricia Zumba Morocho

C.I: 0106027410



### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Pamela Patricia Zumba Morocho, autora del trabajo de titulación "Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes gestantes", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Febrero del 2018

---

Pamela Patricia Zumba Morocho

C.I: 0106027410



## Fundamentación Teórica

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) como un periodo de crecimiento y desarrollo que va desde la niñez hasta la edad adulta, entre los 10 y los 19 años de edad. Además, Blum (2000), manifiesta que la adolescencia es una etapa de transición de gran relevancia en la vida del ser humano; dentro de este proceso de crecimiento, los jóvenes deben desarrollar estrategias de afrontamiento que permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal.

La OMS (2006) divide a la adolescencia en fases, cada una de ellas con cambios y tareas concretas; la primera fase es conocida como adolescencia temprana que inicia normalmente a los 10 años y termina en promedio a los 14 o 15 años. La segunda fase es conocida como adolescencia tardía, y va desde los 15 hasta los 19 años.

Coleman (2011) indica que existen tres etapas de la adolescencia, mismas que cuentan con características únicas que influyen en el desarrollo. De esta manera, en la adolescencia temprana, la cual inicia después de la niñez, se presenta no solo el crecimiento físico, sino también se desarrollan áreas cognitivas y sociales. Éste desarrollo cognitivo y social está principalmente relacionado con la autonomía; por ello, se reemplaza la dependencia hacia los padres por la necesidad de relacionarse con pares, haciendo así que él o la adolescente se preocupe más por los cambios corporales, con la finalidad de agradar o ser aceptado como parte de un grupo. En la adolescencia media, se sienten invulnerables, omnipotentes, se presenta una disminución de cambios en el aspecto físico, pero incrementa el interés por la búsqueda de pareja, lo que conlleva a que el adolescente intente sobresalir en el medio; debido a la curiosidad que se despierta en esta edad, es muy probable que se inicien en la vida sexual. En la adolescencia tardía, una de las fortalezas más significativas que desarrollan es la comunicación, toman más importancia sus relaciones íntimas y se acercan nuevamente a sus padres. Debido a esto, existe una mayor influencia familiar en la toma de decisiones, lo que revela una visión más adulta, lo que facilita su interacción con el medio, haciendo que el individuo tome consciencia y actué de forma más responsable.

Dentro de todo este complejo y largo proceso de desarrollo, los adolescentes deberán alcanzar características específicas para su crecimiento; entre ellas tenemos



características biológicas, psicológicas, sociales y sexuales. Estas permitirán que el individuo pueda consolidarse como adulto (Dulanto, 2000; Boeree, 1997).

Papalia, Wendkos y Duskin (2010) considera que el desarrollo de características biológicas, es decir la pubertad, marcan el final de la niñez y tienen que ver con el aumento de estatura y peso, cambios corporales y adquisición de madurez sexual. Este proceso es el resultado de la producción de hormonas relacionadas con el sexo. Éstos cambios están divididos en dos etapas: la primera etapa conocida como la adrenarquia, que implica la maduración de las glándulas suprarrenales; y la segunda etapa que se da años después y es conocida como la gonadarquia, que se entiende como la maduración de los órganos sexuales.

Durante esta etapa de la vida, no solo se producen cambios físicos y hormonales; se producen además, cambios de comportamiento de manera secuencial que darán lugar al adulto joven. Este aspecto psicológico es considerado fundamental ya que incluye el desarrollo cognitivo, moral, de personalidad, el logro de identidad y además el proyecto de vida. Paralelamente al desarrollo biológico y psicológico, los adolescentes presentarán cambios en el desempeño social y afectivo, donde el individuo deberá crear patrones de interacción que le resulten útiles y adaptativos frente a su medio (Castillo, Jerves, & Lopez, 2013).

En relación al aspecto afectivo, los adolescentes consideran de gran importancia las figuras de apego, entendidas como personas con las que se establecen vínculos fuertes, que ofrecen seguridad afectiva y bienestar, las cuales se encargan de reforzar los sentimientos de seguridad y apertura social que se establecerán especialmente entre pares (Craig, 2009).

La relación del individuo con los grupos de pares permite afianzar la identidad, la autoestima y el autoconcepto del adolescente, ya que representan una parte de su independencia hacia sus padres (Naranjo, 2008). Debemos tener en cuenta que cada grupo es independiente y de funcionamiento autónomo; esto hace que el adolescente por su interacción con el grupo adopte sus hábitos y costumbres, los cuales pueden actuar como factor de protección o riesgo para su vida.

Álvarez y Millán (2004) indican que, mientras la persona va consolidando sus patrones de integración a la sociedad por medio de la interacción con sus amigos y pares, se crean otras dimensiones de vínculo afectivo y social denominadas enamoramiento o noviazgo.



Éstas interacciones estarán marcadas por componentes sociales y culturales que rodean a los adolescentes y van conformando la resolución de expectativas y roles de género.

Por su parte la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de toda su vida. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. Puede incluir todas estas dimensiones, aunque no todas ellas se experimentan o se expresan siempre. Por lo tanto se consideraría a la sexualidad como parte, constitutiva e inherente a todos los humanos, independiente de su condición física, mental y se expresa desde antes de nacer hasta la muerte, estando influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Existen etapas de la vida en las que la sexualidad se vuelve más importante que en otras, tal es el caso de la adolescencia, debido a que recibe influencia tanto de la pubertad, como de los cambios psicológicos y sociales que emergen en su conjunto al mismo tiempo (Dulanto, 2000). En cuanto al desarrollo e identidad sexual los individuos comienzan a reconocer su orientación sexual y surge la necesidad de descargar impulsos sexuales lo cual podría conllevar a la tentativa de iniciar su actividad sexual. Menkes y Suarez (2003) explican que mientras más bajo sea el nivel de escolaridad, el despertar sexual suele ser más precoz, debido a que la vida de los adolescentes se encuentra carente de conocimientos, experiencias, intereses, proyectos, por ejemplo lo relacionado al uso de tiempo libre, de estudio. Por tales motivos, el uso de métodos anticonceptivos es nulo y el riesgo de embarazo es alto, situación que lleva consigo la posible presencia de síntomas que pueden desencadenar en una depresión, pues la falta de preparación hace que las adolescentes subestimen las consecuencias de sus actos.

La actividad sexual es considerada como todas aquellas expresiones eróticas que se dan entre las personas, la manera de expresar los sentimientos sexuales incluye: besos, caricias, masturbación, actos sexuales no penetrativos, sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, sexting (envío o recepción de mensajes de texto o imágenes con contenido sexual explícito), sexo por chat (con o sin cámara) y sexo virtual (Tulloch & Kaufman, 2013). Aunque en algunas ocasiones éstas expresiones hacen parte del juego sexual que precede al coito (porque conducen a la excitación y al orgasmo), para los adolescentes, al igual que para otras personas, pueden constituir fines por sí mismos, dependiendo de la situación y el momento en el que ocurren (Denmark, Rabinovitz, & Sechzer, 2000).



Dentro del desarrollo sexual, la práctica del Petting es un factor de trascendencia en el inicio de las relaciones coitales en los adolescentes. Según Molina y Cols, (2003) esta acción es definida como “el contacto físico con miras a lograr la excitación erótica sin realizar coito”. Ésta experiencia abarca diferentes tipos de caricias hasta llegar al acto sexual con penetración. Según González y Cols (2007), existen cuatro niveles de Petting mismos que se presentan progresivamente: el Petting I, el cual corresponde a acciones como tomarse de la mano y/o besarse en la boca; una vez desarrollada esta etapa se prosigue con el Petting II, donde inician las caricias sexuales por debajo de la ropa; en el Petting III también se presentan las caricias sexuales bajo la ropa, pudiendo haber contacto genital sin penetración; y por último el Petting IV, donde ya existe el coito, que es entendido como el acto de penetración.

En relación a la edad de inicio de la actividad sexual en adolescentes, el proyecto CERCA (Cuidado de la salud reproductiva para adolescentes enmarcado en la Comunidad, 2011) encontró en un estudio mediante el uso de encuesta en Cuenca que el promedio de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes era de 15 años para las mujeres y 14 para los varones (ACR, 2011).

De acuerdo a Abma, Martinez, & Copen (2011), el inicio temprano de la vida sexual en adolescentes puede estar relacionado con conductas inapropiadas como: el consumo de sustancias, problemas intrafamiliares, deserción escolar y relaciones sexuales sin protección. Todas estas condiciones hacen que se corra el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), como VIH, Sífilis, HPV. Adicionalmente éstos adolescentes son más propensos a recurrir al aborto en caso de embarazos no deseados, pues estas situaciones casi siempre generan tensión, ya que la capacidad biológica y psicológica de los adolescentes se ve fuertemente amenazada.

Nolazco y Rodríguez (2006) concluyeron que el inicio de la actividad sexual en adolescentes puede desencadenar en un embarazo no planificado, siendo este definido como, aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o se da en una persona que no se quiere reproducir. La gestación constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia, más aun en la adolescencia, de esta manera se considera al embarazo adolescente como aquella gestación que ocurre durante la pubertad, y que comprende entre los 12 hasta los 19 años de edad independiente de la edad ginecológica. Además la OMS (2006), considera que, un embarazo en esta etapa, es muy riesgoso, debido a las consecuencias que tiene sobre la salud no solo de la madre adolescente, sino también de



su hijo. Además existen consecuencias psicológicas y sociales, las cuales afectan significativamente el desarrollo de este periodo que es de trascendental importancia en la vida de una mujer.

El problema del embarazo precoz no tiene una causa específica, sino que es multideterminado. Varios autores destacan en este grupo, factores de riesgo biológicos y psicosociales. Lo primero se refiere a que las adolescentes con menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo, hay un aumento de las relaciones prematrimoniales y el empleo de los métodos anticonceptivos sigue siendo bajo. El segundo aspecto plantea que un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura (Llanes, Quevedo, Ferrer, Carmona, & Sardiñas, 2009).

Issler (2001) indica que existen múltiples consecuencias que puede posiblemente sufrir una adolescente embarazada. Entre ellos el autor comenta que es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo, o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. Por su parte las parejas adolescentes se caracterizan por ser inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. Esto podemos evidenciarlo en un estudio realizado en México, el objetivo de la investigación fue determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas, para ello se tomó en cuenta la edad a la que se embarazaron y del apoyo recibido de su familia y pares. Los resultados de esta investigación indican que aquellas adolescentes que no tenían un relación de pareja, desarrollaron depresiones con sintomatología grave; dicha problemática se relacionó con agresión física y verbal, desempleo y falta de dinero. Además se evidenció que la mayoría de las mujeres que contaban con apoyo materno tendían a desarrollar depresión leve, lo cual es altamente significativo (Martínez Lanz & Waysel, 2009).

En los estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Ávila, (2014) menciona en su estudio la importancia del apoyo familiar como factor de protección para adolescente durante su embarazo, dentro de su estudio obtuvo como resultado que el 48,08% de las adolescentes que presentan ansiedad y depresión han sido abandonadas al compartir la noticia con sus familiares más cercanos siendo la mayoría procedente de familias disfuncionales y con un nivel educativo bajo.



La maternidad es un momento indudablemente crucial en la vida de las mujeres que puede brindar al individuo tanto aspectos positivos como aspectos estresores, éstos últimos entendidos como experiencias negativas durante el embarazo. Durante esta etapa de la vida, las mujeres pueden vivenciar experiencias negativas que puede desencadenar un trastorno psicológico, especialmente depresión (Bernazzania & Bifulco, 2003).

Rangel, Valerio, Patiño, y García (2004) indican que durante el embarazo, los futuros padres experimentan un proceso de cambios y reestructuraciones de roles y funciones. En el caso de los adolescentes éste proceso de cambios es complicado ya que el individuo no solo debería atravesar los procesos de desarrollo comunes de su edad, sino adicionalmente, adoptar funciones y roles parentales. Los padres adolescentes en comparación con los padres en edad adulta, deben enfrentar muchos factores estresores que pueden inhibir potencialmente el desarrollo de una autoestima materna. Esto se da debido a que los jóvenes son mentalmente inmaduros y con un desarrollo de pensamiento abstracto un poco menos desarrollado que el adulto.

Corona (2014) realizó un estudio en México, en el cual concluyó que el embarazo en la adolescencia por lo general no planeado ni deseado, es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva a una disfunción familiar así como a un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social. Como resultado de la investigación se evidenció que el mayor número casos de depresión se presentan en adolescentes de 17 años de edad, las cuales se encuentran en el segundo trimestre de gestación, presentando en mayor promedio depresión leve, con una relación de pareja buena, con estado civil soltera.

Rangel, Valerio, Patiño y García (2004) indican que a las adolescentes gestantes, se le restringe su derecho a la autorrealización y no se les brinda el afecto necesario en momentos cruciales de esta etapa. Esto se debe a la posibilidad de que el núcleo familiar de la adolescente no acepte su situación, frecuentemente el embarazo adolescente se presenta como un evento no deseado, que se origina en una relación de pareja inestable, que determina cierto rechazo y ocultamiento por temor a la reacción familiar. Un embarazo de una adolescente obliga a su familia a reestructurar las funciones de sus miembros para encontrar un equilibrio, que puede generar frustración al tener que integrar un nuevo miembro a su familia de manera sorpresiva. Las madres adolescentes suelen



reportar sentimientos de soledad, aislamiento y depresión, lo que puede potencialmente influir en su autoestima. Si el adolescente no se siente capaz de enfrentar estos sentimientos habrá una gran probabilidad que desarrolle depresión (Cox, y otros, 2008).

Beck (2002) explica la depresión usando 3 conceptos básicos: (1) el primero es de la cognición que se refiere al contenido, proceso y estructura de la información que proviene tanto de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales; (2) el segundo concepto es el del contenido cognitivo, mismo que se refiere a los significados que da el sujeto a los pensamientos y a las imágenes que se encuentran en su mente; (3) el tercer concepto básico es el esquema cognitivo que se entiende como creencias centrales que sirven para el procesamiento de la información que captamos del medio ambiente. Beck nos explica que un individuo con depresión presenta una triada cognitiva específica, donde el sujeto estructura un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. El sujeto interpreta el entorno en términos de daños y pérdidas, al mismo tiempo que considera que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones las cuales será incapaz de sobrellevar o solucionar. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables. Responde a las situaciones con pasividad y resignado a que no puede modificarlas.

Beck (2006) además propone 3 niveles de depresión: (1) una persona presenta una depresión leve cuando, el individuo a pesar de presentar el trastorno aún está apto para desarrollarse y funcionar de manera adecuada dentro de sus actividades diarias; (2) en la depresión moderada, el sujeto no solo presenta el trastorno sino que también presenta problemas para desarrollarse dentro de sus actividades; (3) y en la depresión grave, el individuo presenta ya síntomas más marcados y que le producen angustia; estos son principalmente la pérdida de autoestima, sentimientos de culpa e inutilidad. Dentro de este nivel encontramos de manera frecuente ideas y planeaciones suicidas.

Mateas y Sánchez (2006) explican que, la depresión en el embarazo sufrida durante periodos críticos del desarrollo fetal, puede alterar los estados comportamentales del ser nacido, y como consecuencia altera su desarrollo neurobiológico. Asimismo después del nacimiento, las madres con depresión presentan un menor apego hacia sus hijos al manifestar conductas afectivas negativas y disfóricas durante la interacción con los mismos. Como resultado se puede evidenciar niños que presentan mayor irritabilidad teniendo así mayor tendencia a fatigarse y tensarse en comparación con hijos de madres no deprimidas. Por ello es importante crear intervenciones eficientes dentro de este



grupo, al tener en cuenta estas complejas interacciones entre factores como depresión, apoyo social y atributos parentales.

Sobre la base de la necesidad de entender el estado emocional y en qué medida están presentes rasgos de depresión en adolescentes gestantes el presente trabajo apuntó a responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de sintomatología depresiva en las adolescentes gestantes?

Así el objetivo de éste trabajo fue identificar la prevalencia de sintomatología depresiva en las adolescentes gestantes. Los objetivos específicos fueron determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes gestantes en el Centro médico de diagnóstico por imagen “MEDIMAGEN”. Además de caracterizar la gravedad de depresión presentada en las adolescentes gestantes, y describir la gravedad de depresión presente entre las edades de 14 y 17 años.



## **Proceso metodológico**

### **Enfoque, alcance y objetivos**

La presente investigación se llevó a cabo mediante el uso de un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, transversal y de alcance descriptivo.

### **Participantes**

Las participantes de este estudio fueron pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a consulta privada en el Centro médico de diagnóstico por imagen “MEDIMAGEN”. Dada la naturaleza de la investigación, la muestra fue no probabilística a conveniencia y estuvo compuesta por un total de 40 adolescentes de 14 a 17 años de edad que acudieron a consulta en el centro antes mencionado, en el periodo comprendido entre 1 de Abril hasta el 9 de Junio del año 2017 y que cumplieron criterios de inclusión tales como la edad, la voluntad de participación tanto de ellas como de sus representantes legales. La población investigada constó de 13 adolescentes que tenían 15 años, 15 adolescentes que tenían 16 años, y finalmente 12 adolescentes de 17 años.

### **Técnica e Instrumento**

La técnica utilizada dentro de la presente investigación fue la encuesta, utilizando como instrumento el “Inventario de Depresión de Beck (BDI)” (Anexo 1). Mismo que se trata de un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Este inventario se compone de 21 ítems tipo Likert, que indican síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, (DSM-IV, 2006) y Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10, 1994) perteneciente a la OMS (Consejo Oficial de Psicólogos, 2006).

El inventario incluye cuatro opciones de respuesta que van desde 0 a 3 para cada pregunta, pudiendo obtener así como puntuación mínima 0 y máxima 63. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos e intervalos para definir los niveles de gravedad. Los puntos de corte recomendados por la Asociación



de Psiquiatría Americana (APA) son: Ausente o mínima 0-9, Leve 10-16, Moderada 17-29 y Grave de 30 en adelante. La obtención total de las puntuaciones corresponde a la suma de los valores asignados a cada respuesta que la persona evaluada seleccione, luego se procede a ubicar a la suma en una de las categorías descritas anteriormente, obteniendo así un nivel de gravedad determinado.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta el cumplimiento de ciertos requerimientos para la investigación, como por ejemplo: edad (entre 14 a 17 años), domicilio (que esté localizado en la ciudad de Cuenca), que sean primingestas, que presenten la capacidad verbal para brindar información requerida, y la aceptación voluntaria tanto de su tutor legal como de la adolescente. Se excluyeron a las adolescentes que no residen en la ciudad de Cuenca o que presenten algún tipo de discapacidad mental.

### **Procedimiento**

El procedimiento de recolección de datos se inició con la solicitud de autorización a los directivos del centro en donde se realizó el estudio (Anexo 2). La muestra se reclutó por conveniencia, de acuerdo a la lista de pacientes proporcionada por la institución. Para reclutarles, se procedió a contactar a la adolescente y el representante legal correspondiente, se les invitó a participar en el estudio, habiendo previamente realizado la verificación de la edad (14 a 17 años) y de ser su primer embarazo.

A los representantes y a las adolescentes que aceptaron participar en la investigación se les pidió que firmaran un consentimiento informado (Anexo 3). Posterior a esto, a las adolescentes se les aplicó el inventario de depresión de Beck, (BDI) respetándose en todo momento los aspectos éticos establecidos y los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki, de la Declaración Universal de la UNESCO sobre los derechos humanos. La aplicación del BDI se llevó a cabo de manera individual, en un espacio sin distracciones y fue aplicado en una sesión, con una duración promedio de 15 minutos por adolescente.



### **Análisis de datos**

Posterior a la recolección de datos, se procedió con el procesamiento de la información, para lo que se utilizó el programa Microsoft Excel 2013, en donde se realizó el cálculo de la prevalencia de la sintomatología depresiva, además esta herramienta permitió la elaboración de análisis descriptivos expresados en tablas y gráficos según la caracterización de la población y variables, para poder interpretar los resultados obtenidos en la aplicación del inventario. La caracterización de la población se encuentra en el Anexo 4.



## Presentación y análisis de resultados

Con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados en la presente investigación, a continuación se presentan los resultados del análisis descriptivo, mismos que dan cuenta de la frecuencia de la sintomatología depresiva, los niveles de gravedad, la presencia de depresión y niveles de gravedad por edad, y datos relacionados al tipo de apoyo que las adolescentes gestantes consideran que recibieron.

Tabla 1. *Frecuencia de sintomatología depresiva*

Sintomatología depresiva	<i>n</i>	%
Si	31	77,5%
No	9	22,5%

La prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes gestantes con edades comprendidas entre los 14 y 17 años, que acuden al centro de diagnóstico por imagen "Medimagen" es del 77,5%; teniendo en cuenta los resultados de la investigación y en comparación con Ávila (2014), el cual señala que el 30,7% de las adolescentes gestantes investigadas presentan algún nivel de estado de ánimo deprimido, siendo la depresión leve la más significativa con un 25%.

Una de las razones por las cuales se puede explicar estos resultados es que según Cox y colaboradores (2008), los padres adolescentes, en comparación con los padres en edad adulta, deben enfrentar muchos factores estresores que pueden inhibir potencialmente el desarrollo de la autoestima materna. Esto se da debido a que los jóvenes son mentalmente inmaduros y con un desarrollo de pensamiento abstracto un poco menos desarrollado que el adulto. Las madres adolescentes suelen reportar sentimientos de soledad, aislamiento y depresión, lo que puede potencialmente influir en su autoestima. Si el adolescente no se siente capaz de enfrentar estos sentimientos habrá una gran probabilidad que desarrolle depresión.



Tabla 2. Nivel de gravedad de sintomatología depresiva

Sintomatología depresiva	N	%
Ausencia de sintomatología depresiva	9	22,5%
Depresión leve	6	15,0 %
Depresión moderada	20	50,0%
Depresión grave	5	12,5%

Una vez determinada la existencia de sintomatología, en relación al nivel de gravedad se puede evidenciar que el 22,5% no presentan ningún síntoma depresivo, el 15% de las adolescentes gestantes que participaron en esta investigación presenta depresión leve, mientras que el 50% presentan depresión moderada, y solo el 12,5% presentan depresión grave. La existencia de depresión moderada y grave en este grupo de estudio podría implicar afectaciones en el desarrollo normal del embarazo, tanto para la madre como para el hijo (Mateos & Sanchez, 2006).

Los resultados encontrados en esta investigación se corroboran a la luz del trabajo realizado por Ávila (2014), en el que se concluye que el 20,69% de las adolescentes gestantes investigadas no presentan ningún nivel de depresión, el 12% presenta síntomas de depresión leve, el 17,31% manifiestan signos graves; con niveles moderados se encuentra el 9,62%, y finalmente en una menor frecuencia, pero no menos significativa, el 7,69% presenta depresión muy grave o incapacitante.

En cambio, en la investigación realizada por la Universidad Central del Ecuador, concluyen los investigadores que el 40,38% de adolescentes gestantes no presentan algún tipo de síntoma depresivo, el 21,15% presentan síntomas leves, el 19,23% moderado, el 15,38% un nivel grave y un 3,85% presenta un nivel de depresión muy grave o incapacitante (Montenegro & Ávila, 2013).



Tabla 3. *Presencia de sintomatología depresiva según edad*

Edad	Total	
	<i>n</i>	%
15	12	92%
16	14	93,3%
17	5	41,6%

En base a lo establecido por Coleman (2011), quien indicó que a medida que avanza el curso del desarrollo humano, las adolescentes gestantes presentan mayor estabilidad emocional y poseen mejores estilos y estrategias de afrontamiento, que cumplen la función de factor protector para no desencadenar síntomas de depresión, se procedió a determinar la sintomatología depresiva por edad. Los resultados del presente estudio confirman dicha aseveración, se encontró que solo 5 de las 12 adolescentes de 17 años, presentan sintomatología depresiva, sin embargo, la gran mayoría de quienes cursan la edad de 15 y 16 años presentan este cuadro problemático.

Tabla 4. *Nivel de gravedad de sintomatología depresiva por edad*

Edad	Nivel de gravedad de sintomatología depresiva									
	Ausencia de sintomatología depresiva		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
15	1	2,5%	3	7,5%	6	15,0%	3	7,5%	13	32,5%
16	1	2,5%	2	5,0%	10	25,0%	2	5,0%	15	37,5%
17	7	17,5%	1	2,5%	4	10,0%	0	0%	12	30,0%



Posterior a lo anterior señalado se determina qué, de quienes presentan sintomatología depresiva en un nivel moderado, una de cada dos adolescentes del estudio cursa la edad de 16 años. En el estudio previamente mencionado de Ávila (2014), aquellas adolescentes que presentan sintomatología depresiva en un nivel grave, 3 pertenecen al grupo de 15 años y ninguna adolescente de 17 años presenta el máximo de gravedad de sintomatología depresiva según la escala utilizada (Anexo3).

En cambio, Corona (2014) en una investigación realizada en una institución de salud orientada a la atención de adolescentes gestantes, infiere que: a menor edad, menor sintomatología depresiva y que mientras más se acercan a la edad adulta desencadenan mayores síntomas y signos de depresión. En consonancia con Mateos y Sanchez (2006), se aseveran que el plan terapéutico es un factor de central importancia para prevenir la consecuencia del desencadenamiento de sintomatología depresiva.

Estos resultados, según Coleman (2011) podrían estar influenciados por los cambios y roles adoptados. Con el aumento de la edad, los adolescentes crean fortalezas más significativas entre ellas tenemos la comunicación, toman más importancia sus relaciones íntimas y se acercan nuevamente a sus padres; debido a esto, existe una mayor influencia familiar en la toma de decisiones, lo que revela una visión más adulta, lo que facilita su interacción con el medio, haciendo que el individuo tome consciencia y actué de forma más responsable. Este aspecto podría actuar como factor de protección, brindándole recursos a la adolescente que evitaría o disminuiría la presencia de sintomatología depresiva.

Los hallazgos de esta investigación, van acorde al trabajo realizado por Martínez y Waysel (2009), se evidencia que las adolescentes tienen mayor tendencia a presentar sintomatología correspondiente al nivel de depresión moderado. Como se señaló anteriormente, durante la gestación, las mujeres pueden vivenciar experiencias negativas que puede desencadenar un trastorno psicológico, especialmente depresión (Bernazzania & Bifulco, 2003). En el caso de las adolescentes, este proceso problemático en la gestación de cambios se exagera debido a los cambios físicos, sociales, sexuales, emocionales y cognitivos que presentan (Rangel, Valerio, Patiño, & García, 2004).

Tabla 5. *Presencia de sintomatología depresiva según el apoyo familiar recibido*

Tipos de Apoyo	Sintomatología depresiva			
	Si		No	
	N	%	n	%
Apoyo familiar	2	6,4%	2	22,3%
Apoyo de pareja	6	19,3%	1	11,1%
Apoyo familiar y de pareja	11	35,4%	1	11,1%
Sin Apoyo	12	38,7%	5	55,5%
Total	31	100%	9	100%

En los resultados de esta investigación señalan que el 38,7% de las adolescentes que sí presentan sintomatología depresiva no cuentan con el apoyo familiar ni con el de su pareja, mientras que el 35,4% cuentan con el apoyo de ambos. Al cotejar esta información con el estudio de Rodríguez, Merchán, Morocho, Patiño y Peralta (2013), realizado en el mismo contexto, se concluye que el 97% de las adolescentes reciben el apoyo familiar, frente a lo cual existe una diferencia significativa con la presente investigación; lo cual sugiere profundizar en las variables que pudieron interferir en los resultados.

Mientras que en una investigación brasileña dirigida por Bensaja, García, Neiva-Silva, Nieto y Koller (2012), se concluyó que las adolescentes gestantes se sentían menos seguras con sus familias y encontraban menos apoyo que el requerido en sus casas; resultados que refuerzan la sugerencia de enfatizar el estudio de una mayor cantidad de variables asociadas para que se genere este fenómeno.

Entre el apoyo únicamente de la pareja o de la familia, el primero es más común (19,3%) que el segundo (6,4%). Esto difiere con la investigación realizada por Martínez Lanz y Waysel (2009), quienes señalan que el 85% de gestantes contaban con apoyo familiar. Por su parte, Coleman (2011) indica que el individuo, en la etapa de la adolescencia, atraviesa un proceso de desarrollo enfocado principalmente en la autonomía, por ello se reemplaza la dependencia hacia los padres por la necesidad de



relacionarse con pares, haciendo así que él o la adolescente, se preocupe más por los cambios corporales, con la finalidad de agradar o ser aceptado como parte de un grupo, este aspecto podría actuar como factor de riesgo e influencia para que la gestante presente sintomatología.

Sin embargo, investigadores señalan que quienes no se encuentran en una relación de pareja, y por ende no tienen el apoyo de esta, tienden a exacerbar los cuadros clínicos relacionados con sintomatología depresiva, pero no descartan la posibilidad de que a pesar de que cuenten con el apoyo familiar, dicha sintomatología no se presente (Martínez Lanz & Waysel, 2009).

Tabla 6. Nivel de gravedad de sintomatología depresiva según el apoyo familiar recibido

Tipo de Apoyo Familiar	Nivel de Gravedad de Sintomatología Depresiva							
	Ausencia de sintomatología depresiva		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Apoyo Familiar	2	22,2%	0	0,0%	1	5,0%	1	20,0%
Apoyo de Pareja	1	11,1%	1	16,7%	5	25,0%	0	0,0%
Apoyo familiar y de pareja	1	11,1%	3	50,0%	6	30,0%	2	40,0%
Sin apoyo	5	55,6%	2	33,3%	8	40,0%	2	40,0%
Total	9	100%	6	100%	20	100%	5	100%

Finalmente, con respecto al nivel de gravedad de sintomatología depresiva según el apoyo familiar que reciben las participantes de la investigación, se evidencia que dentro de las que presentan síntomas de depresión leve, 1 de cada 2 adolescentes gestantes reciben el apoyo tanto de la familia como de la pareja. Mientras que, si se agrava la sintomatología depresiva, puede ser un factor de riesgo la ausencia de apoyo familiar, debido a que de cada 5 gestantes, 4 no reciben apoyo ni de la pareja ni de la familia. Aquellas adolescentes que presentan síntomas de depresión grave, no reciben el apoyo de su pareja, situación que puede fungir como causante de dicho cuadro clínico. Asimismo, se puede ver en



Martínez y Waysel (2009) que el 85% de las adolescentes gestantes recibía apoyo por parte de su madre, el 6.3% un apoyo de tipo secundario y apoyo de tipo terciario lo obtenía 5% de las jóvenes y el 3.8% de las sujetos encuestadas no recibía ningún tipo de apoyo familiar. Como se mencionó anteriormente, el hecho solo de que las adolescentes reciban apoyo familiar o de pareja no es concluyente, existen otros factores que intervienen.

Lartigue (1996) y Molina (1997) señalaron que las adolescentes perciben menos apoyo de su pareja que de su familia de origen, lo cual aumenta las probabilidades de que éstas presenten síntomas depresivos. Rangel, Valerio, Patiño y García (2004) consideran que a las adolescentes embarazadas, se le restringe su derecho a la auto-realización y no se les brinda el afecto necesario en momentos cruciales de esta etapa, esto se debe a la posibilidad de que el núcleo familiar de la adolescente no acepte su situación, frecuentemente el embarazo adolescente se presenta como un evento no deseado, que se origina en una relación de pareja inestable, que determina cierto rechazo y ocultamiento por temor a la reacción familiar. Un embarazo de una adolescente obliga a su familia a reestructurar las funciones de sus miembros para encontrar un equilibrio, que puede generar frustración al tener que integrar un nuevo miembro a su familia de manera sorpresiva.



## Conclusiones y recomendaciones

Entre las principales conclusiones de la presente investigación se concluye que 3 de cada 5 adolescentes gestantes de 14 a 17 años, que acuden al centro de diagnóstico por imagen “Medimagen”, presentan algún tipo de estado depresivo, el cual podría afectar de manera significativa el curso psicoemocional de la vida de la mujer. Entre la proporción de participantes que presentan depresión se puede evidenciar que 1 de cada 2 presenta síntomas de depresión moderada. Además la mayoría de adolescentes que presentan esta sintomatología depresiva se encuentra en los 16 años de edad. Así se puede concluir que durante esta edad las adolescentes son más vulnerables, ya que en ésta etapa existen cambios no solo a nivel biológico sino también psicológico, los cuales pueden presentarse como factores de riesgo por la sobrecarga hormonal y la presión social (Organización Mundial de la Salud, 2006).

En cuanto al apoyo que reciben las adolescentes gestantes, se realizó el análisis en función del apoyo familiar o de su pareja. Se concluye que el 38,9% de adolescentes en periodo de gestación, no cuentan con el apoyo ni de su familia ni de su pareja, mientras que el 35,4% si cuentan con el respaldo de ambos; el 6,4% cuentan con el apoyo de su familia y como último dato el 19,3% cuentan con el apoyo únicamente de su pareja.

Esta investigación determinó que las adolescentes gestantes que acuden al Centro Diagnóstico por Imagen *Medimagen*, pueden sufrir sintomatología depresiva, teniendo en cuenta que en la adolescencia existen una serie de cambios y desajustes físicos, cognitivos, emocionales y sociales (Organización Mundial de la Salud, 2006). De esta manera se podrían presentar serias complicaciones en el desarrollo normal del embarazo (Mateos & Sanchez, 2006), condiciones que justifican la importancia de reconocer factores que contribuyen a la aparición de esta sintomatología. De ahí que nuestro estudio plantea la necesidad de una evaluación integral que evidencie la presencia de elementos relacionados con problemas que puedan ser foco de atención primaria y cuyo hallazgo e intervención temprana eviten problemas en esta población que es considerada vulnerable. De tal manera, las ambigüedades que giran en torno de las causas de la sintomatología depresiva en adolescentes puedan ser clarificadas.



Debido al alcance descriptivo de la presente investigación, no se pudo profundizar en torno a otras variables que podrían influir en la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes gestantes, esto nos limita a conocer exclusivamente las características presentes dentro de la población al momento de la investigación pero sin considerarlas como un factor que influye en el desencadenamiento de sintomatología depresiva. Además, otra limitación presente durante la investigación, fue la recolección de datos empleando un muestreo a conveniencia, condición que limita la extrapolación de resultados debido al número de participantes. Sin embargo para el centro en el cual se realizó la investigación los resultados fueron de gran importancia porque permitió proponer un servicio de atención integral a este grupo. Finalmente proponemos que en futuras investigaciones se considere la relación que puede existir entre el embarazo en adolescentes y el apoyo familiar y de pareja como factores causantes para la aparición o no de sintomatología depresiva además de otras posibles variables relacionadas a este constructo.



## Referencias

- Abma, Martinez, & Copen. (2011). Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive use, and Childbearing. *National Survey of Family Growth*. U.S Department of Health and Human Services.
- ACR. (2011, 06 25). Adolescentes se inician mas temprano en vida sexual. *Diario El Mercurio*.
- Alvarez, J., & Millan, J. (2004). Desarrollo del Adolescente. In S. Lopez, J. Castillo, & M. Jerves, *Desarrollo del Adolescente* (pp. 37-41). Cuenca .
- Asencio, P., Cardemil, P., Betancour, P., Celedón, F., & Martinez, F. (2009). Prevalencia y factores asociados al uso de drogas, medicamentos y otras sustancias por estudiantes de medicina para aumentar el rendimiento académico. *CIMEL*, 87-92.
- 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: Universidad Central del Ecuador. Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3676/1/T-UCE-0007-121.pdf>
- Beck. (2006). Depresión: Diagnostico, Modelos Teóricos y Tratamiento a finales del siglo XX . In F. Vázquez, R. Muñoz, & E. Becoña, *Depresión: Diagnostico, Modelos Teóricos y Tratamiento a finales del siglo XX* (pp. 10-12). España: Psicología Conductual.
- Beck, A. (2002). La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. In J. Dahab, C. Rivadeneira, & A. Minici. *Revista de terapia cognitivo conductual*.
- Bensaja, E., García, A., Neiva-Silva, L., Nieto, C., & Koller, S. (2012). Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 65-80.
- Bernazzania, O., & Bifulco, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. Estados Unidos : Social Science & Medicine.
- Blum, R. (2004). Adolescencia y Depresión . In G. Pardo, A. Sandoval, & D. Umbarila, *Adolescencia y Depresión* (pp. 18-21). Colombia: Revista Colombiana de Psicología.
- Boeree, C. G. (2010 ). Desarrollo del adolescente . In S. Lopez, J. Castillo, & M. Jerves, *Desarrollo del adolescente* (p. 7). Cuenca .
- Carballo, J., Marín, M., Pons, C., Espada, J., Piqueras, J., & Orgilés, M. (2011). Diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de Medicina y Psicología en épocas de exámenes. *Salud y drogas*, 19.30.



- Castillo, J., Jerves, M., & Lopez, S. (2013). Desarrollo del Adolescente. In *Desarrollo del Adolescente*. Cuenca.
- Chávez-Gutiérrez, J., Menjivar, J., Sánchez, A., Murcia, M., & Pineda, M. (2014). Consumo de estimulantes por los estudiantes universitarios ¿se usa o se abusa? *Revista científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 10-17.
- Coleman. (2011). In S. Awuapara, & M. Valdivieso, *Características bio-psicosociales del adolescente*. Lima, Perú : Pediatría Universidad Peruana Cayetano Heredia. Retrieved from <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v12n2/a3.pdf>
- Consejo Oficial de Psicólogos. (2006). Evaluación del Inventario BDI-II. Madrid, España: Federación Europea de Asociación de Psicólogos. Retrieved from <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Corona, J. (2014). *Frecuencia de Depresión en adolescentes embarazadas en la UMF 92 en el periodo Enero a Diciembre 2012*. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Retrieved from <http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/14556/1/412012.pdf>
- Cox, J., Buman, M., Valenzuela, J., Pierre, N., Mitchell, A., & Woods, E. (2008). Depression, Parentins Attributes, and social Support amog adolescent Mothers attending a teen tot program. *Depression, Parentins Attributes, and social Support amog adolescent Mothers attending a teen tot program*. Estados Unidos : J Pediatr Adolesc Gynecol.
- Craig, G. (2009). Desarrollo Psicológico. In Craig, G. J., & D. Baucum, *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educación.
- Denmark, F., Rabinovittz, V., & Sechzer, J. (2000). Engendering Psychology. Estados Unidos : Allyn and Bacon.
- Domínguez, G., & Junges, J. (2005, Octubre). Consumo de estimulantes en estudiantes de Medicina. Buenos Aires, Argentina: Universidad Abierta Interamericana.
- Dulanto, E. (2000). Desarrollo en el adolescente . In S. Lopez, J. Castillo, & M. Jerves, *Desarrollo en el adolescente* (p. 7). Cuenca , México.
- Estévez, R., & Ramos, D. (2014). *Prevalencia de consumo de sustancias psicoestimulantes y factores asociados, para aumentar el rendimiento académico, en estudiantes de primero a décimo nivel de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- González, & Cols. (2007). Factores Asociados a la primera relación sexual en los estudiantes del Liceo Rodulfo Amando Phillipi. In M. Acevedo, A. Mitre, & N. Nahuel, *Factores Asociados a la primera relación sexual en los estudiantes del Liceo Rodulfo Amando Phillipi* (pp. 10-13). Chile: Universidad Austral de Chile.
- González, C., Rojas, R., Hernández, M., & Olaiz, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Mexico: Instituto



- Nacional de Salud Pública. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/spm/v47n3/a04v47n3.pdf>
- Issler, J. (2001). Embarazo en las Adolescencia . Revista de Posgrado de la Cátedra VIA Medicina. Retrieved Mayo 6, 2017, from [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true& width=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%)
- Latirgue. (1996). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. In P. Valdivia, & S. Molina, *Revista de Psicología*. Santiago: Universidad de Chile. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26412207>
- Llanes, A., Quevedo, N., Ferrer, I., Carmona, A., & Sardiñas, D. (2009). Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. Cuba: Revista Archivo Médico de Camagüey. Retrieved Mayo 6, 2017 , from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552009000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100009)
- Martínez Lanz, P., & Waysel, K. (2009). *Depresión en Adolescentes Embarazadas* . (U. Veracruzana, Ed.) México: REDALYC Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- Mateos, L., & Sanchez, C. (2006). La Depresión en la mujer gestante y influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. España: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Menkes, C., & Suárez, L. (2003). *Sexualidad y embarazo adolescente en México*. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Retrieved from Universidad Autónoma del Estado de México
- Molina, M. (1997). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. In P. Valdivia, M. Molina, & e. C. Red de Revistas Científicas de América Latina (Ed.), *Revista de Psicología* (Vol. XII). Santiago: Universidad de Chile. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/264/26412207.pdf>
- Molina, R., & Cols. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. In R. MOLINA, & COLS. Santiago- Chile: Mediterráneo.
- Montenegro, N., & Ávila, A. (2013). *Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole - Isis*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Naranjo, J. (2008). Pubertad y Adolescencia: de los nueve a los dieciseis años de vida. Madrid: Cultura, S.A.
- Nolazco, & Rodríguez. (2006 ). Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe. In A. Langer, & H. Espinoza, *Embarazo*



*no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe.*  
Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas.

- Nolazco, L., & Rodríguez, J. (2006). Morbilidad Materna en gestantes adolescentes . In L. Nolazco, & J. Rodríguez, *Morbilidad Materna en gestantes adolescentes* (p. 13). Argentina: Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006 ). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. . Retrieved from [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexualhealth/defining\\_sexualhealth.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexualhealth/defining_sexualhealth.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Desarrollo del Adolescente . In S. Lopez, J. Castillo, & M. Jerves, *Desarrollo del Adolescente* (p. 7). Cuenca . Retrieved from <http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017, Abril 29). *Organización Mundial de la Salud* . Retrieved from *Desarrollo en la adolescencia*: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Papalia, D. O. (2010). *Desarrollo Humano*. Mexico: Mc Grow Hill Educación.
- Rangel, Valerio, Patiño, & García. (2004). *Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada*. México: Rev Fac Med UNAM. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
- Rodríguez, A., Merchán, M., Morocho, L., Patiño, R., & Peralta, A. (2013). *Condiciones sociales y culturales de los embarazos en adolescentes del Colegio Nacional Técnico "Herlinda Toral"*. Cuenca. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Tulloch, T., & Kaufman, M. (2013). Adolescent Sexuality. *Pediatric Rev*. Retrieved from <http://pedsinreview.aappublications.org/content/pedsinreview/34/1/29.full.pdf>



Anexo 1. Inventario de Depresión de Beck



UNIVERSIDAD DE CUENCA.  
Facultad de Psicología  
Carrera Psicología Clínica



**Datos**

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nivel académico alcanzado: \_\_\_\_\_

Cuenta con apoyo familiar: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cuenta con apoyo de su pareja: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ingresos económicos: \_\_\_\_\_

Actividades extracurriculares: \_\_\_\_\_

**Inventario de Depresión de Beck.**

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

<b>Pregunta 1</b>
· 0 puntos – No me siento triste.
· 1 punto – Me siento triste.
· 2 puntos – Me siento triste siempre.
· 3 puntos – Estoy tan triste que no puedo soportarlo.
<b>Pregunta 2</b>
· 0 puntos – No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
· 1 punto – Me siento desanimado de cara al futuro.
· 2 puntos – Siento que no tengo nada que esperar.



· 3 puntos – En el futuro no hay esperanza y las cosas no pueden mejorar.
<b>Pregunta 3</b>
· 0 puntos – No creo que sea un fracaso.
· 1 punto – He fracasado más que una persona normal.
· 2 puntos – Al recordar mi vida, todo son fracasos.
· 3 puntos – Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
<b>Pregunta 4</b>
· 0 puntos – Me satisfacen las cosas como antes.
· 1 punto – No disfruto como antes.
· 2 puntos – Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
· 3 puntos – Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
<b>Pregunta 5</b>
· 0 puntos – No me siento especialmente culpable.
· 1 punto – Me siento culpable una buena parte del tiempo.
· 2 puntos – Me siento culpable casi siempre.
· 3 puntos – Me siento culpable siempre.
<b>Pregunta 6</b>
· 0 puntos – No creo que esté siendo castigado.
· 1 punto – Creo que puedo ser castigado.
· 2 puntos – Espero ser castigado.
· 3 puntos – Creo que estoy siendo castigado.
<b>Pregunta 7</b>
· 0 puntos – No me siento decepcionado de mí mismo.
· 1 punto – Me siento decepcionado de mí mismo.
· 2 puntos – Estoy disgustado conmigo mismo.
· 3 puntos – Me odio.
<b>Pregunta 8</b>
· 0 puntos – No creo ser peor que los demás.
· 1 punto – Me critico por mis errores.
· 2 puntos – Me culpo siempre de mis errores.
· 3 puntos – Me culpo de todo lo malo que me sucede.
<b>Pregunta 9</b>
· 0 puntos – No pienso en matarme.
· 1 punto – Pienso en matarme pero no lo haré.
· 2 puntos – Me gustaría matarme.
· 3 puntos – Me mataría si tuviera una oportunidad.



<b>Pregunta 10</b>
· 0 puntos – No lloro más que de costumbre.
· 1 punto – Lloro más de lo que solía hacer.
· 2 puntos – Ahora lloro todo el tiempo.
· 3 puntos – Ahora no puedo llorar, aunque quiera.
<b>Pregunta 11</b>
· 0 puntos – No me irrito más que antes.
· 1 punto – Me irrito un poco más que antes.
· 2 puntos – Estoy bastante irritado una buena parte del tiempo.
· 3 puntos – Ahora me siento irritado todo el tiempo.
<b>Pregunta 12</b>
· 0 puntos – No he perdido el interés por otras personas.
· 1 punto – Estoy menos interesado que de costumbre.
· 2 puntos – He perdido casi todo mi interés por otras personas.
· 3 puntos – He perdido mi interés por otras personas.
<b>Pregunta 13</b>
· 0 puntos – Tomo decisiones como casi siempre.
· 1 punto – Postergo la toma de decisiones.
· 2 puntos – Tengo más dificultad que antes para tomar decisiones.
· 3 puntos – Ya no puedo tomar decisiones.
<b>Pregunta 14</b>
· 0 puntos – No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
· 1 punto – Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo.
· 2 puntos – Me parece que ha habido cambios que me hacen menos atractivo.
· 3 puntos – Me veo feo.
<b>Pregunta 15</b>
· 0 puntos – Puedo trabajar tan bien como antes.
· 1 punto – Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
· 2 puntos – Tengo que obligarme para hacer algo.
· 3 puntos – No puedo trabajar en absoluto.
<b>Pregunta 16</b>
· 0 puntos – Puedo dormir como siempre.
· 1 punto – No duermo tan bien como solía hacerlo.
· 2 puntos – Me despierto una o dos horas antes de lo habitual.
· 3 puntos – Me despierto más de dos horas antes de lo habitual.



<b>Pregunta 17</b>
· 0 puntos – No me canso más de lo habitual.
· 1 punto – Me canso más fácilmente que habitualmente.
· 2 puntos – Me canso sin hacer nada.
· 3 puntos – Estoy demasiado cansado para hacer algo.
<b>Pregunta 18</b>
· 0 puntos – Mi apetito no es peor que de costumbre.
· 1 punto – Mi apetito no es tan bueno como antes.
· 2 puntos – Mi apetito está mucho peor ahora que antes.
· 3 puntos – Ya no tengo apetito.
<b>Pregunta 19</b>
· 0 puntos – No he perdido peso.
· 1 punto – He perdido más de dos kilos y medio.
· 2 puntos – He perdido más de cinco kilos.
· 3 puntos – He perdido más de siete Kilos.
<b>Pregunta 20</b>
· 0 puntos – No me preocupa mi salud más de lo habitual.
· 1 punto – Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias de estómago...
· 2 puntos – Estoy muy preocupado y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
· 3 puntos – Estoy tan preocupado que no puedo pensar en otra cosa.
<b>Pregunta 21</b>
· 0 puntos – No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
· 1 punto – Estoy menos interesado de lo que solía estar.
· 2 puntos – Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
· 3 puntos – He perdido por completo el interés por el sexo.



Anexo 2 Autorización Medimagen



UNIVERSIDAD DE CUENCA.  
Facultad de Psicología  
Carrera Psicología Clínica



Cuenca 10 de Febrero del 2017

Doctor

Jaime Jerves Jerves

**DIRECTOR DEL CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN "MEDIMAGEN"**

Su despacho.-

De mi consideración:

Nosotras María Fernanda Jerves Crespo con CI. 0301574257 y Pamela Patricia Zumba Morocho con CI. 0106027410, estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, Solicitamos a usted de la manera más comedida se nos permita realizar en un centro nuestro trabajo de titulación,

Esperando una favorable acogida a la presente, le anticipamos nuestros sentimientos de consideración y estima.

DR. JAIME E. JERVES J.  
D.G.S. LV - F65 - M194  
2 - ABRIL - 1982  
TMT-MT 01-02-00356-07  
C.I. 0100866736

**Dr. Jaime Jerves Jerves**

**Director del Centro de diagnóstico por imagen Medimagen**

**Fernanda Jerves C.**

**0301574257**

Estudiante de Psicología Clínica

**Patricia Zumba M.**

**0106027410**

Estudiante de Psicología Clínica



*Anexo 3. Consentimiento informado (padres y adolescentes)*

*Formulario de consentimiento*



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**Descripción del Proyecto**

Como estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, estamos realizando un estudio con el fin de conocer la incidencia de sintomatología depresiva en adolescentes gestante del centro médico "MEDIMAGEN", con el objetivo de apoyar con información y fortalecer los servicios de prevención, promoción y protección de la calidad de vida.

**Consentimiento Voluntario del Participante**

Si participo en este estudio bajo el consentimiento de mi tutor legal, y entiendo que se llevará a cabo en aproximadamente 10 minutos para completar cuestionarios. Toda la información obtenida en este estudio es completamente confidencial. La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki, de la Declaración Universal de la UNESCO sobre los derechos humanos.

Si tengo cualquier pregunta en el futuro sobre este estudio puedo contactar con la directora de tesis en el teléfono indicado arriba.

He leído el documento precedente del consentimiento, o me lo han leído, y entiendo completamente el contenido de este documento. Por ello acuerdo por este medio participar en este estudio de investigación y recibiré una copia de este documento.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Firma de Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

**Firma del Encuestador:** \_\_\_\_\_

**Número de Celular:** \_\_\_\_\_



## Anexo 4

### Caracterización de la población

---

	Total	
	<i>N</i>	%
<b>Edad</b>		
15	195	30,52%
16	240	37,56%
17	204	31,95%
<b>Lugar de nacimiento</b>		
Costa	3	7,50%
Sierra	37	92,50%
<b>Nivel académico alcanzado</b>		
Primaria	7	17,50%
Secundaria	33	82,50%
<b>Apoyo familiar</b>		
Si	29	72,50%
No	11	27,50%
<b>Apoyo de la pareja</b>		
Si	21	52,50%
No	19	47,50%
<b>Apoyo familiar y de pareja</b>		
Si	12	30%
No	28	70%



**Sin apoyo**

Si	4	10%
No	36	90%

**Ingresos económicos**

Solo propios	5	12,50%
Solo padres	22	55%
Solo pareja	7	17,50%
Propios y padres	2	15%
Padres y pareja	4	10%