

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**CONDICIÓN DEL ESTADO CIVIL Y NIVEL DE
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
ADOLESCENTES. CENTRO MATERNO PERINATAL
SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA 2018**

Presentada por la Bachiller en Obstetricia

Yolanda Heredia Rojas

Para optar el título profesional de:

OBSTETRA

Asesora:

Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA, 2018

Copyright ©2018 by
Yolanda Heredia Rojas
Derechos reservados

SE DEDICA A:

Dios por su infinita bondad al permitirme llegar a cumplir una de mis metas: ser profesional.

La memoria de mi amada madre Isabela de quien sigo sintiendo su amor y abnegación a pesar de no tenerla presente.

Mi padre Feliciano por su amor y apoyo en cada paso de mi vida.

Todos mis hermanos por ser mis compañeros de juego, por compartir alegrías y tristezas y por tener la seguridad de que siempre contaré con ellos.

Yolanda

SE AGRADECE A:

Mi Alma Mater, La Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme durante todos los años de mi formación profesional.

Todas las obstetras y docentes que contribuyeron en mi formación académica. De manera especial a la Obst. Elena Ugaz Burga por su paciencia y dedicación en el desarrollo de la presente tesis.

Todas y cada una de las gestantes adolescentes que constituyeron parte de mi estudio sin las cuales no hubiese sido posible la presente investigación.

Yolanda

INDÍCE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	11
2.2.1. Adolescencia	11
2.2.2. Embarazo adolescente	13
2.2.3. Ansiedad	15
2.2.4. Depresión	18
2.2.5. Condición del estado civil	23
2.3. Hipótesis	24
2.4. Variables	24
2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables	25
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	26
3.1. Tipo y diseño de estudio	26
3.2. Área de estudio y población	26
3.3. Muestra y tamaño de la muestra	26
3.4. Unidad de análisis	27
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	27

3.6. Principios éticos de la investigación	28
3.7. Procedimientos, técnica e instrumento de recolección de datos	28
3.8. Procesamiento y análisis de datos	30
3.9. Control de calidad de datos	30
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	31
CAPÍTULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	54

RESUMEN

El embarazo adolescente es un importante problema de salud en muchos casos son “embarazos no planeados” que colocan a la adolescente en una situación de alta vulnerabilidad, y proclive a sufrir estados de ansiedad y depresión, dependiendo entre otros factores de la condición del estado civil que tienen. El **objetivo** del presente estudio fue determinar la influencia de la condición del estado civil en el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. La investigación fue correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal realizado en un grupo de 110 gestantes adolescentes. Se encontraron como resultados que el 60,9% pertenece al grupo etario de 17-19 años; el 31,8% tiene secundaria completa; el 50,9% son amas de casa y el 62,7% procedentes de la zona urbana. La condición del estado civil que prevaleció fue el de soltera viviendo con la propia familia en 41,8%; tuvieron un nivel de ansiedad muy baja en el 91,8% de los casos y depresión leve en el 48,2%; las solteras viviendo con la propia familia y quienes viven solas con la pareja presentaron mayores porcentajes de ansiedad moderada con 13 y 10% respectivamente; de igual forma las adolescentes solteras viviendo con la propia familia y quienes viven solas con la pareja presentaron depresión moderada en 41,3% y 5% respectivamente. **Conclusión:** se encontró relación significativa entre la condición del estado civil y el grado de depresión.

Palabras clave: condición del estado civil, gestante adolescente, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is a major health problem in many cases are "unplanned pregnancies" that place the adolescent in a situation of high vulnerability, and prone to suffer states of anxiety and depression, depending among other factors of the condition of marital status that have. The **objective** of the present study was to determine the influence of the condition of marital status on the level of anxiety and degree of depression in pregnant adolescents attended at the maternal perinatal center simo bolivar. The investigation was correlational, with a non-experimental cross-sectional design carried out in a group of 110 adolescent pregnant women. Results were found that 60.9% belong to the age group of 17-19 years; 31.8% have full secondary education; 50.9% are housewives and 62.7% are from the urban area. The condition of the marital status that prevailed was that of single woman living with her own family in 41.8%; they had a very low level of anxiety in 91.8% of cases and mild depression in 48.2%; the single women living with their own family and those who live alone with the couple had higher percentages of moderate anxiety with 13 and 10%, respectively. Likewise, these adolescents with these marital status conditions also presented moderate depression in 13% and 10% respectively. **Conclusion:** a significant relationship was found between the condition of marital status and the degree of depression.

Keywords: condition of marital status, adolescent pregnancy, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

Por muchos años, el embarazo en la adolescencia se ha constituido en un serio problema de salud pública por las implicancias que trae consigo en diferentes esferas de la vida de la joven madre afectando su salud física y psicológica que la pueden llevar a estados de ansiedad y depresión, y cuyas cifras estadísticas se mantienen estables sobre todo en países en vías de desarrollo y casi siempre las investigaciones van dirigidas a diferentes factores sociodemográficos en conjunto, restando importancia a un aspecto social muy trascendental como es la condición del estado civil de la joven, aun conociendo que la incidencia de madres adolescentes solteras es considerablemente alta, razón por la cual en el presente estudio se tuvo como objetivo determinar la relación entre la condición del estado civil y el nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, identificando inicialmente que la mayoría pertenece a la adolescencia tardía (17-19 años), tienen secundaria completa, son amas de casa y proceden de la zona urbana; la condición del estado civil que prevalece es el de soltera viviendo con la propia familia, presentan un nivel de ansiedad muy bajo, un grado de depresión leve; llegando a determinar que existe relación significativa entre la condición del estado civil y la depresión en gestantes adolescentes, según lo establece el coeficiente de correlación ($p = 0,000$), que mide el grado de relación entre dos variables, estableciendo de esta manera que la condición del estado civil es un factor social muy importante en la salud de la gestante adolescente y que se la tiene que tener en cuenta en la consejería brindada en la atención prenatal.

La presente tesis estuvo estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Conformado por la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: Conformado por, los antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: Corresponde al diseño metodológico incluye: diseño, tipo de estudio, área de estudio, población, tipo de muestreo, tamaño de la muestra, unidad de

análisis, criterios de inclusión y exclusión, procedimientos, técnica e instrumento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV: En el cual se describen los resultados.

CAPÍTULO V: Correspondiente al análisis y discusión de los resultados, así como las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

El embarazo en adolescentes (EA) constituye un grave problema de salud pública mundial, por ser un fenómeno de gran complejidad, que altera la salud física, emocional, la condición educativa y económica de los futuros padres; también se afecta el producto de la gestación de manera frecuente. Habitualmente no es un evento planificado o deseado, éste varía según la región. América Latina y el Caribe y los países de ingresos altos (PIA) tienen tasas más altas de embarazo adolescente fuera del matrimonio, en Asia meridional la mayoría de los embarazos adolescentes están dentro del matrimonio o la unión. En cambio, África subsahariana presenta altas tasas de ambos escenarios (1).

El embarazo precoz y no planificado (EPNP) es una preocupación mundial que aqueja tanto a los países de ingresos altos (PIA) como a los de ingresos medios y bajos (PIMB). Las tasas más altas de fecundidad adolescente fueron en Estados Unidos (24 nacidos vivos por cada 1.000 niñas), Nueva Zelandia (23.94 nacimientos por cada 1.000 niñas) y Reino Unido (15.33 nacimientos por 1.000 niños). Sin embargo, el mayor número de adolescentes menores de 19 años que quedan embarazadas están en los países de ingresos medios o bajos, hasta el 25% de las mujeres entre 15 y 19 años están embarazadas o ya han sido madres, y más del 40% de las mujeres se casan antes de los 18 años. África subsahariana tiene la tasa de fecundidad más alta entre los jóvenes de 15 a 19 años (con 103 nacimientos por cada 1.000 niñas), seguida de América Latina y el Caribe (64,57 nacimientos por cada 1.000 niñas) (1).

En el Perú hay, una persistente prevalencia del embarazo adolescente, desde hace 25 años, los indicadores no se han reducido, por el contrario, ha habido un incremento de 2,1%, pasando de 12.5% en el 2011 a 14,6% en el 2014, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Se estima que actualmente existen 207,800 adolescentes de 15 a 19 años de edad que son madres o están

embarazadas por primera vez. Sin embargo a pesar de este ascenso, no hay un enfoque integral de políticas públicas para poder revertir los indicadores, el presupuesto asignado es a todas luces insuficiente. Para empezar, no existe un presupuesto específico para disminución del embarazo adolescente, “se está empeñando el desarrollo de miles de peruanas en el país” (2).

Cajamarca, en 2016, ha registrado un alto índice de embarazo adolescente, un 16,7% de esta población, comprendido entre las edades de 11 y 19 años de edad, ya eran madres de familia o estaban en proceso de serlo (3). El año pasado se registraron 37 casos de embarazo adolescente en la Institución educativa Nuestra Señora de la Merced y 14 casos en el Colegio Juan XXIII (4).

De otra parte, el embarazo adolescente no solamente es un problema de salud pública, sino que, lleva implícito graves consecuencias sociales, que trae consigo conflictos familiares, escolares y personales, y que afecta el proyecto de vida de las jóvenes (5). Uno de los aspectos que caracteriza a la maternidad adolescente es que se realiza en un contexto donde las uniones legales son infrecuentes, es así que en el año 2010, en el Perú, solamente el 6,9% eran casadas. La mayoría de ellas (66,9%) se encontraba en unión consensual. Alrededor de la quinta parte (17,9%) eran madres solteras, es decir, enfrentaban su maternidad sin el apoyo del padre de su hijo, el 7,9% se encontraban separadas o estaban divorciadas.

En el año 2014, el 65,2% de las adolescentes que ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez mantenían una relación de pareja es decir eran casadas o convivientes, el 25,4% eran madres solteras y el 9,4% eran divorciadas/separadas/viudas (6).

Sumada a las implicaciones socio-económicas, se encuentran las consecuencias psicológicas que tiene el embarazo adolescente debido a que la gestación en estos casos ocurre en un momento en el cual la joven no está preparada biológica ni psicológicamente, desequilibrando su proceso de desarrollo. Al respecto, se considera que un embarazo prematuro dificulta la vivencia de la adolescente, ya que coloca en riesgo el cumplimiento de las metas propias de esta etapa teniendo que enfrentar una situación en la que debe hacerse cargo de tareas propias de la adultez, aun cuando todavía no haya concluido su propio proceso de desarrollo; este hecho genera tensión pues la capacidad biológica y psicológica de la joven se ven fuertemente exigidas, más aún si presenta un estado civil de soltería donde las necesidades básicas se ven

desafiadas. Todos estos elementos mencionados pueden ocasionar en la adolescente desesperación, miedo, dolor, culpa, ira, pena, angustia, propiciando la aparición de síntomas de ansiedad o depresión. De por sí, el embarazo se considera actualmente como un período de especial vulnerabilidad en la mujer para el inicio o recaída de algún trastorno psiquiátrico. De hecho, la morbilidad psiquiátrica durante el mismo, en el criterio de algunos expertos, oscila entre el 20 y 40 % (7). La angustia y el apoyo social han sido asociados con el estrés pero ha mostrado particularmente mayor fuerza el conflicto de pareja. La funcionalidad social y familiar durante el embarazo, en particular el apoyo por parte del padre del bebé, está asociado con menos ansiedad y depresión en el periodo prenatal (8).

La ansiedad y depresión han sido consideradas, desde el Modelo cognitivo de la depresión de Beck no como un desorden afectivo, sino un error (cognitivo) en el procesamiento de la información que se evidencia en la evaluación negativa del sujeto acerca de si mismo, del mundo y de su futuro, pero que pueden conllevar a la gestante a adoptar conductas que pueden poner en peligro su salud y la del feto, como el hecho de no buscar atención prenatal temprana, tener ideas suicidas, etc.

En el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, las estadísticas, revelan que con frecuencia menores de 18 años se embarazan, la mayoría no son casadas, vienen solas a la atención prenatal, y se las observa tristes y dubitativas exteriorizando miedo y excesiva preocupación que podrían denotar algún nivel de ansiedad o depresión.

Desde esta perspectiva es que se realizó la presente investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre la condición del estado civil y el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2018.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la condición del estado civil y el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la condición del estado civil y el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el perfil sociodemográfico de la gestante adolescente.
- Establecer la condición del estado civil de la gestante adolescente.
- Determinar el nivel de ansiedad de la gestante adolescente.
- Determinar el grado de depresión de la gestante adolescente.

1.4. Justificación de la investigación

El embarazo adolescente, es un evento que se agrega a la crisis de la adolescencia, genera profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Como generalmente no es planificado, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero principalmente, por ser adolescente. De esta manera, ella está en la necesidad de asumir una multiplicidad de roles “adultos”, especialmente el de la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que sigue siendo una niña física, cognitiva, afectiva y económicamente sobre todo cuando tiene que enfrentar sola su embarazo (9).

En términos de lograr un proyecto de vida deseado, un embarazo es con frecuencia, un obstáculo definitivo para las adolescentes solteras sin pareja, quienes bruscamente se pueden encontrar sin protección. Ello se agrava cuando su condición económica no les permite atender sus propias necesidades y las de su hijo. Los riesgos a los que se exponen son diversos, tanto biológicos como psicológicos entre los que pueden figurar la ansiedad y la depresión que pueden afectar la salud del feto.

Una adolescente que no se siente bien emocionalmente y que tiene problemas de ansiedad y sobre todo depresión tendrá conductas negativas frente a su embarazo, pues no asistirá a sus controles prenatales pudiendo tener complicaciones obstétricas, llegar al aborto comprometiendo su vida o inclusive al suicidio; realidades que se

pueden observar en la consulta diaria en los consultorios de atención prenatal de los diferentes establecimientos de salud.

En este contexto es que se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la relación entre la condición del estado civil y el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.

Los resultados aportarán elementos necesarios que expliquen cuán importante es la condición del estado civil en una adolescente embarazada así como para la familia y fundamentalmente para el futuro bebé y ofrecer alternativas para potenciar la paternidad responsable a fin de evitar embarazos no deseados y en caso de que sucedan, que el varón asuma la responsabilidad que le corresponde aun con las implicancias sociales que devienen de esta situación.

Estas alternativas son de un gran impacto social de gran beneficio para las adolescentes, la familia y la sociedad en general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Quezada, L. (México, 2011), en su estudio denominado, “Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil”, tuvo como objetivo identificar la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en adolescentes primigestas divididas en cuatro grupos denominados condiciones de estado civil: solteras viviendo con la propia familia; casadas/unidas viviendo con la propia familia; casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja y la pareja viviendo sola (casadas/unidas que viven independientemente de los senos familiares), encontró como resultados: las solteras viviendo con la propia familia: 31 (37,8%), para las casadas/unidas viviendo con la propia familia: 17 (20,7%), casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja: 23 (28%) y para la pareja viviendo sola: 11 (13,4%). La edad promedio del total de la muestra fue de 17.63 años, 10.9 para los años de escolaridad y 4.5 para los meses de embarazo. El 43,9% (36) de ellas tuvieron depresión. Las condiciones de estado civil con diferencia significativa entre sus medias de acuerdo a los estadísticos de ANOVA, correspondieron a las solteras viviendo con la propia familia en relación a las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja ($p= .006$) y a la pareja sola ($p= .001$) (8).

Herrera, K.y cols. (Cuba, 2012) realizaron un estudio titulado “ Pesquisa activa de ansiedad en adolescentes embarazadas”, formularon como objetivo diagnosticar los niveles de ansiedad como estado en adolescentes embarazadas que acudieron a una de las consultas Gineco obstétricas del Distrito Malabo, y describir las variables, estado civil y edad encontrando como resultados que el 50% fueron adolescentes de 11-13 años; el 70% de ellas, solteras, 20% con unión consensual y solamente el 10% casadas; el 80% tuvo un alto nivel de ansiedad (7).

Ceballos, G. y col. (Colombia, 2013) realizó un estudio con el título de “Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida”, cuyo objetivo fue determinar las características sociodemográficas de adolescentes

gestantes, asociado a la depresión e ideación suicida y encontró que Las participantes se encontraban entre 14 y 19 años de edad. Para el 73,3% era el primer embarazo; para el 20,0% su segundo embarazo y para el 3,3% el tercero y sexto respectivamente; el nivel educativo de estas adolescentes gestantes se hallaba en secundaria con el 76,6% y un nivel primario con el 23,4%; el 56,6% de estas mujeres vivía en unión libre y el 43,4% eran solteras; la ocupación en un 66,6% de mujeres era labores del hogar y el 33,4% eran estudiantes; el 66,7% no evidenció la presencia de depresión. Mientras tanto, se identificó una prevalencia de síntomas depresivos del 33,4% clasificada en depresión leve (16,7%) y moderada (16,7%) (10).

Sainz, K. y cols. (México, 2013) en su investigación: “Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas”, formularon como objetivo, estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de diferentes grupos etarios, encontraron como resultados que la escolaridad que predominó en las gestantes fue secundaria con 36,9%, casadas en el 75,7%, encontraron ansiedad en 50,5% y depresión en 67%; en el 41% se presentó ansiedad en el grupo de 12 a 19 años y depresión en 75% (11).

González, R. y cols. (Cuba, 2016) en su estudio titulado: “Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes”, plantearon como objetivo, en su estudio, realizar una propuesta de evaluación de factores biopsicosociales en adolescentes embarazadas, llegando a determinar que el 76% de las adolescentes embarazadas pertenecían al grupo etario de 17-19 años (adolescencia tardía), el 40% eran solteras, solo el 25,8% casadas; el 76% de ellas tuvo un nivel de ansiedad medio; el 20% de adolescentes tuvo un nivel de depresión medio (12).

Merchán, D. y col. (Ecuador, 2017) en su investigación denominada: “Factores psicosociales que influyen en gestantes adolescentes”, tuvieron como objetivo determinar los factores psicosociales que influyen en gestantes adolescentes INNFA Sucúa y determinaron que el 56,3% eran madres adolescentes de 19 años; el 46,3% eran solteras; el 33,8% de adolescentes no habían acabado la secundaria. El 58,8% de adolescentes se dedicaban a los quehaceres domésticos; el 43,8% convivía con la pareja. El 55% eran primíparas, el 85% no habían tenido abortos previos al embarazo actual y el 41,3% cursaban su segundo trimestre de embarazo. El 82,5% tenían una funcionalidad familiar normal (13).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Acosta, P. y col. (Iquitos, 2016) en su tesis de grado: “Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos, relacionados a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronococha”, plantearon como objetivo determinar la relación que existe entre los factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y la depresión en gestantes adolescentes en el Centro de Salud Moronococha, Iquitos, llegando a determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la depresión ($p=0,018$), antecedentes depresivos y la depresión ($p=0,007$) e ingreso económico y la depresión ($p=0,000$) y no existe relación estadísticamente significativa entre la dependencia económica y la depresión ($p=0,477$); edad y la depresión ($p=0,962$); procedencia y la depresión ($p=0,753$); paridad y la depresión ($p=0,892$); edad gestacional y la depresión ($p=0,260$); control prenatal y la depresión ($p=0,106$) (14).

Alvarado, M. y col. (Chiclayo, 2017) realizó un estudio con el título de: “Nivel de depresión en gestantes atendidas en un centro de salud de la ciudad de Chiclayo”, tuvieron como propósito, determinar el nivel de depresión en gestantes atendidas en un centro de salud, encontrando que la mayoría de las gestantes (58%) no presenta depresión, con respecto al estado civil son las gestantes solteras que presenta depresión severa (4.7%), depresión moderada (52.38%) según su edad las gestantes de 15 a 22 años presentan depresión severa (16%) y moderada (24%) en función al trimestre de gestación en su primer y tercer trimestre tienen depresión severa (16% y 11% respectivamente), depresión moderada (19.35% y 20.59%) en el primer y tercer trimestre (15).

Gómez, S. y col. (Juliaca, 2017) en su estudio: “Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro”, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre la inteligencia emocional con la depresión en las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello, observó que el 40% de las adolescentes presentó depresión leve, el 28,9% depresión moderada y el 22,2% depresión grave (16).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Adolescencia

Es el periodo de cambios psicosociales que ocurre entre los 10 a los 19 años de edad, en el que se adquiere la capacidad reproductiva; es la transformación de la niñez a la vida adulta, se alcanza la autonomía e independencia socio económica.

La adolescencia se clasifica en tres etapas de desarrollo:

- Adolescencia temprana (10-13 años)
- Adolescencia media (14-16 años)
- Adolescencia tardía (17-19 años)

Sin embargo es importante mencionar que habrá variaciones dependiendo de la persona, no todos ni todas las adolescentes crecen y se desarrollan de la misma manera ni al mismo tiempo; influyen su ambiente y cultura (17).

- ***Adolescencia temprana a, 10 a 13 años:***

En esta primera etapa, aparecen los siguientes cambios

Cambios biológicos o corporales, que tienen repercusiones psicosociales en el desarrollo del adolescente (Pubertad)

Cambios psicológicos: inseguridad por el cambio de apariencia física, crecimiento rápido, imagen corporal.

Interacción con los propios pares: se busca la interacción con amigos y amigas del mismo sexo, aprende nuevos comportamientos, inicia el interés por el sexo opuesto, son enamoramientos fugaces, enamoramientos platónicos hacia artistas, inicia las fantasías sexuales y la masturbación, lo que es más frecuente en varones.

En el ámbito familiar, hay deseos de mayor autonomía pero no quieren perder la protección familiar en ciertas circunstancias. Es frecuente la rebeldía frente a figuras de mayor autoridad.

Los padres sienten perder el control

El pensamiento es más concreto.

A finales de esa etapa inicia la menarquía o espermarquía (17).

- **Adolescencia media, 14 a 16 años:**

En esta etapa ya existe desarrollo puberal, donde la menstruación ya está presente en todas las adolescentes.

Existe una preocupación por la apariencia física, vestuario, peinados y accesorios extravagantes, como parte del proceso de la construcción de su propia identidad, se acentúa el distanciamiento afectivo e independencia familiar. Búsqueda de las amistades íntimas, puede ser parte del proceso de desarrollo de dudas de su orientación sexual, lo que puede causar angustias (17).

En esta etapa son importantes los pensamientos y sueños que pueden causar conflicto con los padres o madres, hay mayor necesidad de independencia, siendo el grupo de amigos un referente muy importante. Los grupos de amigos o amigas pueden ser un factor protector o de riesgo según el fin que los una (17).

En esta etapa los grupos de amigos, pasan de ser del mismo sexo a grupos mixtos. Apareciendo los primeros noviazgos, de este modo se va formando la identidad sexual, iniciando los primeros contactos físicos, por lo que es muy importante conversar de la sexualidad, reforzar valores, para prepararlos a enfrentar la presión de grupo, riesgos del embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual, aborto, explosión sexual, violencia en el aula, prevención del uso de alcohol y drogas entre otras. Las y los proveedores de salud deben fortalecer los factores protectores en los y las adolescentes, familia y comunidad así como detectar factores de riesgo (17).

En cuanto al pensamiento, tienden a ser más formales, abstractos, deductivos, críticos, cuestionan a los demás, razonan en relación a su persona (¿Quién soy? ¿Qué quiero hacer?), cuestionan a la familia y comunidad, tienden a dimensionar sus propias capacidades, generando, sentimientos de invulnerabilidad, incrementándose sus conductas de riesgo; tienden a ser egocentristas, y deben adaptarse a las demandas escolares, académicas, sociales, lo que puede causar estrés con manifestaciones psicológicas y orgánicas. Las y los adultos deben acompañarles en este proceso de cambio para lograr autonomía e independencia (17).

- **Adolescencia tardía, 17 a 19 años:**

En esta etapa se ha alcanzado la maduración biológica, hay mayor aceptación de sus cambios corporales y se consolida la identidad.

Tienen la necesidad de definir la vocación y la elección de pareja, empiezan a tomar decisiones como trabajar y estudiar condicionado por su personalidad, situación familiar y contexto social. El apoyo de un adulto para transitar este momento, disminuye la ansiedad orientándoles con diferentes alternativas para la toma oportuna de decisiones.

El pensamiento tiende a ser operatorio formal, tiene madurez cognoscitiva y una mejor toma de decisiones satisfactorias. Siendo el resultado del apoyo escolar y familiar.

En esta etapa el grupo de pares ya no es relevante, las relaciones de pareja se tornan más estables y la identidad sexual está más estructurada, continúa la separación de la familia, se siente seguro de su identidad, reconoce los valores de los padres y madres, hay tolerancia y coincidencias, la relación familiar es más cercana.

Durante todo el proceso del desarrollo biopsicosociales en la adolescencia es importante mencionar el papel que tiene la familia, el contexto social, cultural, influencia de las vías y medios de comunicación (17).

2.2.2. Embarazo adolescente

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), se ha definido: “al embarazo adolescente, o embarazo precoz, a aquel que se produce en una mujer entre la adolescencia inicial o pubertad -comienzo de la edad fértil- y el final de la adolescencia.

2.2.1.1. Consecuencias inmediatas y tardías

Es indispensable considerar que las consecuencias del embarazo adolescente afecta a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más las sufre. De ellas, destacan la fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico y por la influencia, habitualmente negativa, del medio donde vive.

Cuando ella informa a la familia de su embarazo, habitualmente es reprendida por sus padres u otros familiares, quienes la culpan de sentirse defraudados por su acción. De esta manera, es agredida emocional y, en ocasiones, físicamente. En algunos momentos también puede ser agredida por su pareja.

Como consecuencia de su nueva condición, la adolescente puede presentar comportamientos poco habituales, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto.

Al bajar su rendimiento escolar y ser motivo de burla por sus compañeros, es probable que abandone la escuela.

Otro problema que ella tiene que resolver, es cómo solventar económicamente su embarazo y los estudios. Ante esa situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es crítica ya que no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada (9).

En la minoría de los casos, su pareja la apoya y por ello también tiene que abandonar los estudios porque necesita trabajar. Si cuenta con el apoyo de su familia, la nueva familia vivirá en la casa de sus padres y probablemente pueda reiniciar los estudios. Sin embargo, habitualmente sigue realizando sus actividades sociales (salir con sus amigos, practicar deportes, etc.). La vida de ella se altera drásticamente y su habitual patrón de vida cambia sustancialmente, principalmente por sus obligaciones maternas y, a veces, por convivir con los padres de su pareja (9).

Es necesario señalar y considerar que los efectos negativos para los nuevos padres dependerán de las costumbres familiares y del entorno social. En numerosos lugares, el EA se aprecia como un error que tiene severas críticas sociales. Por lo tanto, la situación de riesgo de la joven embarazada es latente y permanente; su magnitud dependerá básicamente de que las dos familias y la sociedad entiendan que esta nueva condición puede presentar claras oscilaciones, en donde el punto de partida es un rechazo o reprimenda, después su aceptación y protección y, finalmente, en algunos casos puede haber reproches esporádicos. Esta condición habitualmente es diferente en la población indígena, en donde el embarazo temprano es parte de las pautas culturales (9).

Generalmente las consecuencias son:

Rompimiento del proyecto de vida.

Deserción escolar.

Conflictos familiares y expulsión del hogar.

Abandono de la pareja.

Alteración emocional diversa.

Rechazo escolar y social.

Problema para obtener un empleo.

Carencia de un ingreso monetario suficiente.

Inclinación al consumo de sustancias lícitas e ilícitas.

Tendencia a la prostitución o delincuencia (9).

2.2.3. Ansiedad

2.2.3.1. Definición

El término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, manifestados en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico, se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles. Se considera un mecanismo evolucionado de adaptación que potencia la supervivencia de la especie humana. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante. Sin embargo, cuando la ansiedad supera los índices de normalidad en los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien, se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional. De hecho, en la actualidad, los síntomas y trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más prevalentes, tanto en adultos como en niños y adolescentes. La Sensibilidad a la Ansiedad (SA), un constructo muy relacionado con la ansiedad, el cual hace referencia a la creencia de que, experimentar sensaciones corporales asociadas con la ansiedad o el miedo, provocan consecuencias adversas o indeseables, como el desarrollo de enfermedades o el rechazo social. Es la (SA), el miedo a experimentar sensaciones propias de la sintomatología del trastorno de ansiedad y se relaciona con los trastornos asociados a la ansiedad y el pánico (18).

Para Núñez (2016), la ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación, al igual que la autoestima. Las reacciones ante la ansiedad se caracterizan por alteraciones fisiológicas, cognitivas y/o motoras. La existencia de respuestas de ansiedad es útil para reaccionar ante situaciones que el organismo considera amenazantes. Sin embargo, existe un nivel de ansiedad que es normal, denominado umbral emocional. No obstante, si la ansiedad supera un límite determinado, puede llegar a ser una patología, afectando negativamente a las relaciones sociales.

Asimismo, la ansiedad puede tener una base genética o ambiental. Con respecto a este último contexto, el papel familiar es fundamental.

La variable ansiedad tiene dos formas de ser medida: ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.

La ansiedad-estado se refiere a un estado o condición emocional transitoria que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión e hiperactividad del sistema nervioso autonómico. La ansiedad-estado sería una consecuencia provocada por una situación que el individuo percibe como amenazante.

La ansiedad-rasgo hace referencia a un grado de ansiedad estable que supone que el sujeto perciba las situaciones como amenazadoras, lo que conlleva un mayor nivel de la ansiedad. La ansiedad-rasgo sería un condicionante previo, ya que forma parte de la personalidad del individuo. La diferencia principal entre ambas es que la primera es relativamente estable y tiende a elevar la ansiedad-estado (19).

2.2.3.2. Reacción emocional

La ansiedad como la rabia, la ira, el enfado, la alegría o la tristeza se manifiesta mediante tres componentes: cognitivo, fisiológico, conductual.

- **Cognitivo.** Propia experiencia interna. Tiene que ver con la evaluación subjetiva que se hace de los estímulos que rodean al ser humano. Puede ayudar a pensar más de prisa, a centrar la atención en el problema o a anticipar posibles escenarios. Cuando se trata de ansiedad desadaptativa se manifiesta en forma de pensamientos normalmente de carácter negativo (20).
- **Fisiológico.** Respuesta del organismo manifiesta ante un estímulo que se evalúa como potencialmente peligroso.
Hay incremento de la actividad del sistema Nervioso Autónomo: cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.), cambios internos (aceleración cardiaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.). Si la persona está cruzando la calle y puede atropellarlo un auto, la afluencia de sangre a los músculos y la tensión de los mismos ayudarán a correr de prisa para superar el peligro (20).
- **Conductual** Manifestación motora. Componente observable de la conducta: la expresión facial, movimientos o posturas corporales y las respuestas instrumentales de escape/huida y evitación.

En la ansiedad se puede distinguir

- Ansiedad **desadaptativa**. En este caso se estará tensando los músculos sin ninguna necesidad. Si se repite con frecuencia esa tensión muscular (que no sirve

para nada puesto que no es real el peligro que anticipa) puede acabar convirtiéndose en una dolencia física o algún otro trastorno psicofisiológico (20).

- Ansiedad **adaptativa** permite llevar a cabo una conducta más ágil y rápida. Si es desadaptativa, puede producirse una respuesta inadecuada a la situación como no presentarse a un examen o tartamudear y tener bloqueos al exponer un trabajo en clase o no ir a una fiesta a la que ha sido invitado o no subir en avión a pesar de que tiene todas las posibilidades para hacerlo (20).

La ansiedad por tanto es una emoción que tiene una función activadora, que prepara al organismo para llevar a cabo la respuesta de lucha/ huida. Cuando esta es excesiva en intensidad, frecuencia y/o duración o aparece ante estímulos que no representan una amenaza real para el organismo, y producen malestar, e interferencia en las diferentes áreas de actividad del individuo entonces hablamos de trastornos de ansiedad (20).

2.2.3.3. Trastorno de ansiedad generalizada

Se caracteriza por una preocupación temerosa, excesiva e incontrolable, persistente y carente de realismo que se extiende a situaciones, pasadas, presentes y futuras. Se manifiesta con inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño.

Los trastornos de ansiedad suelen coexistir comórbidamente con otros trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, especialmente en adolescentes. Así por ejemplo el 50% de los casos que presentan rechazo escolar ya sea por fobia escolar o ansiedad por separación, suelen cumplir criterios para un episodio depresivo (20).

2.2.3.4. Trastorno de ansiedad social (TAS)

Los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que el TAS es un trastorno psicológico altamente prevalente en población infantil y juvenil, llegando a ser considerado como uno de los trastornos más diagnosticados en el contexto clínico durante esta fase de la vida. En cuanto a la edad de inicio, estudios retrospectivos han localizado la misma entre la adolescencia tardía y la adultez; sin embargo, la adolescencia parece el periodo crítico en el inicio y desarrollo del trastorno de ansiedad social, y por tanto, el momento crucial para una intervención lo más temprana posible. A pesar de ser un trastorno de inicio temprano, éste presenta un

curso crónico si no es tratado. Consecuentemente, el TAS puede provocar tanto una marcada reducción en diversos índices de calidad de vida, como una interferencia significativa en el funcionamiento emocional, social, escolar y laboral y en el desarrollo individual del niño y/o adolescente. Se considera, por tanto, que las consecuencias potenciales de este trastorno son amplias y graves, generando problemas en áreas como las relaciones sociales, la vida familiar y otros, lo que conlleva una peor calidad de vida y elevados costes económicos para la sociedad (21).

2.2.4. Depresión

2.2.4.1. Definición

El término depresión deriva de la palabra latin depressu, que significa "abatimiento, descenso, concavidad", traducéndose por un abatimiento de la vitalidad, psíquico y físico, que se extiende al estado de ánimo, a la impulsividad, a la sociabilidad. Es empleada como expresión para referirse a sentimientos de tristeza e infelicidad (16).

La depresión se considera como "un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida)" (22).

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (22).

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social.

La depresión tiene muchas causas (biológicas, hereditarias, sociales, económicas y/o ambientales), es por este motivo que hasta la actualidad no se ha podido delimitar causas específicas (22).

De acuerdo al American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), se debe cumplir con el siguiente criterio para tener un diagnóstico de depresión mayor:

- A. “Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica”.
1. “Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable)”.
 2. “Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan)”.
 3. “Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada)”.
 4. “Insomnio o hipersomnia casi todos los días”.
 5. “Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)”.
 6. “Fatiga o pérdida de energía casi todos los días”.
 7. “Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo)”.

8. “Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)”.

9. “Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse”.

B. “Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento”.

C. “El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica”.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. “La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos”.

E. “Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía”.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica (16).

2.2.4.2. Factores de riesgo de depresión

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia.

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

- Factores personales y sociales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida.

También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico.

El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

- **Factores cognitivos**

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

- **Factores familiares y genéticos**

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido.

Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo (22).

2.2.5. Condición del estado civil

2.2.5.1. Definición

Es la calidad o posición permanente, en la mayoría de los casos, que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en relación a sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles. No siempre el estado civil será permanente. Lo será para el hijo de filiación matrimonial, pero no así para el de filiación no matrimonial, que puede adquirir con posterioridad la filiación matrimonial, por el posterior matrimonio de sus padres (23).

Desde una perspectiva jurídica se puede explicar el estado civil como el conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, derivadas de acontecimientos, a tributos o situaciones, tales como el nacimiento, el nombre de la filiación, la adopción, la emancipación, el matrimonio, el divorcio y el fallecimiento, que en suma contribuyen a conformar su identidad (24).

La condición del estado Civil de una persona produce fundamentalmente dos efectos. El primero, es aquel que crea derechos, deberes y obligaciones para los individuos. Por ejemplo, el marido respecto a la mujer o viceversa, el padre o la madre respecto del hijo o viceversa, etc. Cuando hablamos de deberes nos referimos a un ámbito ético o moral, en cambio cuando hablamos de obligaciones nos referimos a un ámbito patrimonial. El segundo efecto tiene que ver con el parentesco. El estado civil da origen al parentesco. Así, por ejemplo, el estado civil de casado crea parentesco entre los familiares del marido y la mujer (se habla de parentesco por afinidad). Hay otros hechos que crean estado civil, por ejemplo, la muerte de uno de los cónyuges crea el estado civil de viudo o viuda (23).

Características de la condición del estado civil

La condición del estado civil tiene diversas características, entre las más importantes encontramos:

1. Todos tenemos por lo menos un estado civil, sin excepción.
2. Es uno e indivisible respecto a una misma relación de familia. Así, por ejemplo, no podría tenerse el estado civil de casado y soltero a la vez, pero si podría tenerse el estado civil de soltero e hijo.

3. El estado civil es un atributo de la personalidad, es decir todos tenemos uno por el hecho de ser persona y por lo tanto no puede venderse, renunciarse, donarse, etc. Es personal e intransferible.

4. Es un derecho personalísimo, lo que implica que: es inembargable; no admite que en los actos de estado civil se actúe por representación legal (Por excepción, en el matrimonio se admite la representación voluntaria).

5. Es permanente, lo que no significa que sea perpetuo. Eventualmente podría cambiar, salvo algunas excepciones como es el caso de la filiación matrimonial, como ya se mencionó. Por ejemplo, una persona puede pasar de casado a divorciado, de casado a viudo, o incluso de casado a soltero en caso que se declare la nulidad del matrimonio, recobrándose el estado civil anterior (23).

2.4. Hipótesis

La relación, es significativa, entre la condición del estado civil y el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

2.4. Variables

2.4.1. Variable independiente

Condición del estado civil

2.4.2. Variables dependientes

Nivel de ansiedad

Grado de depresión

2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Tipo de variable	Definición conceptual	Indicadores	Escala
<p>Variables dependientes</p> <p>Nivel de ansiedad.</p> <p>Grado de depresión.</p>	<p>Nivel de ansiedad. combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, manifestados en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico (18)</p> <p>Grado de depresión. Conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) (22).</p>	<p>Ansiedad muy baja (0–21 puntos)</p> <p>Ansiedad moderada (22–35 puntos)</p> <p>Ansiedad severa (más de 36 puntos)</p> <p>No depresión: (6-9 puntos)</p> <p>Depresión menor: (7-19 puntos)</p> <p>Depresión moderada (20-34 puntos)</p> <p>Depresión grave (35-60 puntos)</p>	<p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>
<p>Variable independiente</p> <p>Condición del estado civil.</p>	<p>Condición del estado civil. Es la calidad o posición permanente, en la mayoría de los casos, que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en relación a sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles (23).</p>	<p>Soltera viviendo con la propia familia.</p> <p>Casada/unida viviendo con la propia familia</p> <p>Casada/unida viviendo con la familia de la pareja</p> <p>Pareja viviendo sola</p>	<p>Nominal</p>

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo correlacional.

No experimental: porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable del estudio.

Descriptivo: porque buscó identificar la condición del estado civil de las adolescentes, así como el nivel de ansiedad y el grado de depresión de las mismas.

De corte transversal: porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, ubicado en la Av. Mario Urteaga N° 500, distrito de Cajamarca, el que se encuentra ubicado en el valle del Río Chonta.

En el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar laboran 23 obstetras, 21 en condición de nombradas y 02 en condición de contratadas.

La población estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el servicio de control prenatal teniendo como antecedente las que se atendieron en el año 2017.

3.3. Muestreo y tamaño de la muestra

El muestreo utilizado fue el Probabilístico, que implicó seleccionar al azar, es decir, que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos.

La muestra, se determinó para satisfacer los márgenes de confiabilidad y error en la estimación de la ansiedad y depresión, empleándose la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n = \frac{(897)(1.96)^2(0.2)(0.8)}{(0.07)^2(897) + (1.96)^2(0.2)(0.8)}$$

$$n = 110$$

Donde:

N = (897) Población de gestantes atendidas en el año 2017.

P = (0.20) Proporción de gestantes adolescentes con ansiedad y depresión.

Q = (0.80) Proporción de gestantes adolescentes sin ansiedad ni depresión.

Z = 1.96 (coeficiente del 95% de confiabilidad).

D= (0,07) Máximo error permitido.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno perinatal Simón Bolívar, en los meses de abril a julio del 2018.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

Las gestantes adolescentes participantes del estudio para ser incluidas en el mismo, cumplirán con los siguientes criterios:

- Gestante adolescente que aceptó voluntariamente ser parte de la presente investigación.
- Gestante adolescente en pleno uso de sus facultades mentales.
- Gestante con un embarazo normal.

3.5.2. Criterio de exclusión

- Gestante adolescente con alguna complicación obstétrica.

3.6. Principios éticos de la investigación

- **Autonomía.** La gestante adolescente tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.
- **No maleficencia.** La información se obtuvo luego que la gestante adolescente aceptó el consentimiento informado para brindar los datos correspondientes al estudio.
- **Consentimiento informado.** Luego que la gestante adolescente fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento, el mismo que fue respaldado por el consentimiento informado por parte de la pareja u otro familiar.
- **Privacidad.** Se respetó el anonimato de la gestante adolescente entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.
- **Confidencialidad.** La información personal de la gestante adolescente fue protegida para que no sea divulgada sin su consentimiento.

3.7. Procedimientos, técnica e instrumento de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, se consideró:

Primero: Informar a la Directora del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, sobre la intención de realizar la investigación y solicitar el permiso para entrevistar a las gestantes adolescentes.

Segundo: solicitar el permiso a la Jefe del servicio de Obstetricia con el mismo propósito.

Tercero: conversar con cada una de las gestantes adolescentes que acudieron al consultorio de atención prenatal y luego de solicitar su consentimiento informado se procedió a realizar la encuesta y la aplicación de los test.

Se utilizó la técnica de la **encuesta** y como instrumentos:

- **El cuestionario de recolección de datos** en donde se consignaron datos sociodemográficos de la gestante adolescente para identificar su perfil tales como edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia y ocupación (Anexo 01).
- **El Inventario de Ansiedad de Beck** es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de la de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual (Anexo 02).

El inventario muestra una alta consistencia interna (alfa superior a 0,90), así como una validez convergente mayor a 0,50 (25).

- **Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS).** La MADRS es una escala heteroaplicada publicada en 1979 que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión.

Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el evaluador puede utilizar la información de fuentes distintas a la gestante. Presenta la ventaja frente a la HAM-D de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante. El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de las versiones en español fue realizada en 2002.

La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60. No existen puntos de corte definidos pero los recomendados son:

No depresión:	9-6 puntos
Depresión menor:	7-19 puntos
Depresión moderada:	20-34 puntos

Depresión grave:

35-60 puntos (Anexo 03)

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 22 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad fue generar una base de datos. El proceso estuvo orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos como el chi cuadrado y el coeficiente de correlación el cual señala asociación estrecha entre variables si $p < 0,05$.

3.8.2. Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la información.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistente en describir los resultados referente a la condición del estado civil y el nivel de ansiedad y grado de depresión de la gestante adolescente.

Fase inferencial. Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en otras realidades semejantes a lo encontrado.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad de los instrumentos usado para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna de estos. Los test utilizados han sido validados en otras realidades semejantes a la de la región.

Además, se asume un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Grupo etario	n°	%
10-13 años	5	4,5
14-16 años	38	34,5
17-19 años	67	60,9
Grado de instrucción	n °	%
Sin instrucción	2	1,8
Primaria incompleta	13	11,8
Primaria completa	7	6,4
Secundaria incompleta	32	29,1
Secundaria completa	35	31,8
Superior técnica	4	3,6
Superior universitaria	17	15,5
Ocupación	n°	%
Ama de casa	56	50,9
Empleada del hogar	1	0,9
Estudiante	53	48,2
Procedencia	n°	%
Rural	41	37,3
Urbana	69	62,7
Total	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se puede observar en la presente tabla que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes (60,9%) pertenece al grupo de 17-19 años (adolescencia tardía); el 34,5% al grupo de 14-16 años (adolescencia media) y solamente el 4,5% fueron adolescentes del grupo de 10-13 años (adolescencia temprana).

En cuanto al grado de instrucción, el 31,8% de gestantes adolescentes refirió tener secundaria completa, seguido del 29,1% que manifestó tener secundaria incompleta; un importante 15,5% cuenta ya, con estudios de superior universitaria; sin embargo el 11,8% solamente tiene primaria incompleta.

Respecto a la ocupación, el 50,9% de gestantes adolescentes manifestaron ser amas de casa seguido de 48,2% que dijeron ser estudiantes.

En relación a la procedencia el 62,7% de gestantes adolescentes son procedentes de la zona urbana mientras que el 37,3% pertenecen a la zona rural.

Tabla 2. Condición civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Condición civil	n°	%
Soltera viviendo con la propia familia	46	41,8
Casadas/unidas viviendo con la propia familia	16	14,5
Casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja	28	25,5
La pareja viviendo sola	20	18,2
Total	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla permite observar que el mayor porcentaje (41,8%) de gestantes adolescentes está soltera y vive con su propia familia; mientras que el 40,0% están casadas o viven en convivencia; sin embargo solamente el 18,2% tiene su propio hogar, mientras que el 25,5% vive con la familia de la pareja y el 14,5% con su propia familia.

Tabla 3. Nivel de ansiedad de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018

Nivel de ansiedad	n°	%
Muy baja	101	91,8
Moderada	9	8,2
Total	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los datos de la presente tabla que anteceden permiten observar que el 91,8% de gestantes adolescentes presentan un nivel de ansiedad muy baja y solamente el 8,2% un nivel de ansiedad moderada.

Tabla 4. Grado de depresión de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Grado de depresión	n°	%
No depresión	37	33,6
Depresión leve	53	48,2
Depresión moderada	20	18,2
Total	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla, se logra identificar que el 48,2% de gestantes adolescentes presenta depresión leve, seguido del 18,2% que tiene depresión moderada; mientras que el 33,6% no presentó depresión.

Tabla 5. Nivel de ansiedad según condición del estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Condición civil	Nivel de ansiedad				Total	
	Muy baja		Moderada		n°	%
	n°	%	n°	%		
Solteras viviendo con la propia familia	40	87,0	6	13,0	46	41,8
Casadas/unidas viviendo con la propia familia	16	100,0	0	0,0	16	14,5
Casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja	27	96,4	1	3,6	28	25,5
La pareja viviendo sola	18	90,0	2	10,0	20	18,2
Total	101	91,8	9	8,2	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 3.753$

$p = 0,289$

Se puede evidenciar en la presente tabla que el mayor porcentaje de ansiedad moderada (13%) está presente en las adolescentes embarazadas solteras viviendo con la propia familia, seguido del 10% la pareja viviendo sola. Precisa resaltar que ninguna adolescente casada/unida viviendo con la propia familia presentó depresión moderada.

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables condición de estado civil y nivel de ansiedad según lo establece el valor de $p = 0,289$.

Tabla 6. Grado de depresión según condición del estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Condición del estado civil	Grado de depresión						Total	
	No depresión		Depresión leve		Depresión moderada			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Soltera viviendo con la propia familia	5	10,9	22	47,8	19	41,3	46	41,8
Casadas/unidas viviendo con la propia familia	7	43,8	9	56,3	0	0,0	16	14,5
Casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja	15	53,6	13	46,4	0	0,0	28	25,5
La pareja viviendo sola	10	50,0	9	45,0	1	5,0	20	18,2
Total	37	33,6	53	48,2	20	18,2	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$X^2 = 36,191$

$p = 0,000$

Se evidencia en los presentes datos que la solteras viviendo con la propia familia fueron quienes presentaron mayores porcentajes de depresión: leve el 47,8% y moderada el 41,3%; solamente el 5% presentaron depresión moderada la pareja viviendo sola; pero presentaron depresión leve en el 56,3% las gestantes adolescentes casadas /unidas viviendo con la propia familia, en el 46,4% las casadas/unidas viviendo con la pareja y en el 45% la pareja viviendo sola.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables condición de estado civil y grado de depresión según lo establece el valor de $p = 0,000$.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El embarazo adolescente constituye un grave problema de salud pública por ser un fenómeno de gran complejidad en donde intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, problema que en la actualidad se ha convertido de gran interés debido a la disminución de la edad de gestación y el aumento en el número de adolescentes que se embaraza.

Se considera que un embarazo prematuro dificulta la vivencia de la adolescente, ya que coloca en riesgo el cumplimiento de las metas propias de esta etapa teniendo que enfrentar una situación en la que debe hacerse cargo de tareas propias de la adultez, aun cuando todavía no haya concluido su propio proceso de desarrollo; este hecho genera tensión pues la capacidad biológica y psicológica de la joven se ve fuertemente exigida, dependiendo entre otros factores de la condición del estado civil que le toca vivir pudiendo ocasionarle desesperación, miedo, dolor, culpa, ira, pena, angustia, propiciando la aparición de ansiedad o depresión.

En la tabla 1, se observa que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes pertenece al grupo de 17-19 años (adolescencia tardía) con 60,9%; el 34,2% al grupo de 14-16 años (adolescencia media) y solamente el 4,5% fueron adolescentes del grupo de 10-13 años (adolescencia temprana).

Estos datos coinciden con los encontrados por González y cols. (2016) quienes identificaron que el 76% de las adolescentes embarazadas pertenecían al grupo etario de 17-19 años, pero difieren con los de Herrera y cols. (2012) ellos muestran en su estudio que el 50% son adolescentes de 11-13 años (12,7).

Cada grupo de adolescentes tiene connotaciones diferentes tanto sociales como para la salud de la mujer, pero todos con un gran impacto en sus vidas en términos sociales, económicos, educativos y de salud. En términos sociales, muchas veces abandonan

los estudios porque no hay quien cuide a su bebé y tienen que hacerlo ellas ya sea que se unan a su pareja casadas o convivientes o se queden abandonadas en cuyo caso la situación empeora; en términos de salud, a menor edad, mayores serán las complicaciones obstétricas que pueden presentarse por la inmadurez biológica que aun acompaña su edad. En términos económicos las adolescentes son, por lo general, dependientes de sus padres, suegros o pareja; o bien tienen un sueldo precario porque no pueden acceder a un trabajo bien remunerado porque aún no han adquirido las competencias suficientes para un empleo bien remunerado.

Quintero (2015) señala que, el nuevo rol de las adolescentes las mantiene aisladas de actividades de ocio y diversión, la nueva responsabilidad les restringe y limita el tiempo libre, en efecto, las adolescentes asumen el rol histórico de las mujeres como dadoras de cuidado y sus padres o parejas son los proveedores de lo material y económico (26).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) por su parte, señala que la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida en comparación a los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (27).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2017) sostiene que, para una niña adolescente (de 10 a 19 años de edad), experimentar un embarazo mientras aún está en la escuela, a menudo significa enfrentar duras sanciones sociales y decisiones difíciles que tienen consecuencias de por vida. Quedar embarazada podría significar la expulsión del hogar y de la escuela; ser humilladas y estigmatizadas por la familia, por los miembros de la comunidad y compañeros; mayor vulnerabilidad a la violencia y abuso; y una mayor pobreza y dificultades económicas (28).

La tabla 1 muestra también, que el 31,8% de gestantes adolescentes tiene secundaria completa, seguido del 29,1% que tiene secundaria incompleta; un importante 15,5% cuenta ya, con estudios de superior universitaria; sin embargo el 11,8% solamente tiene primaria incompleta.

Estos resultados son semejantes a los reportados por Merchán y col. (2017) quienes en su estudio señalan que el 33,8% de adolescentes no había acabado la secundaria con una diferencia porcentual de solamente 4.2 puntos; sin embargo, son diferentes con los de Ceballos y col. (2013) que mostraron que el 76,6% de gestantes adolescentes habían alcanzado la secundaria, aunque no mencionan con exactitud si la concluyeron o no; de igual forma señalan que el 23,4% de gestantes, solamente tenía nivel primario; también difieren de los de Sainz y cols. (2013) quienes encontraron que el 36,9% de gestantes tenía secundaria; por su parte, Nakandakari y cols. (2013) igualmente, encontraron resultados diferentes: el 11,8% de gestantes adolescentes tenía secundaria incompleta, el 14% secundaria completa y el 6,10% superior universitaria, datos menores a los del presente estudio; aunque el 7,9% tuvo estudios de superior técnica.

Varias adolescentes del presente estudio estaban estudiando al momento de embarazarse y tal vez continúen haciéndolo, otras, sin embargo, es posible que abandonen sus estudios porque no tienen apoyo de la pareja o familiares o se casan y asumen una nueva responsabilidad como amas de casa. Un tema importante también es el hecho de que muchas adolescentes tienen niveles educativos bajos antes del embarazo y que más bien han podido ser la causa del embarazo adolescente por desconocimiento de métodos anticonceptivos o una limitada y pobre educación sexual.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2015) en su investigación encontró un alto porcentaje de niñas que solamente tenían básica primaria, sobre todo en el grupo de 13 y 14 años y señala que este porcentaje puede ser un dato indirecto sobre la deserción escolar temporal o definitiva, antes, durante o después del embarazo (28).

No obstante, el nivel educativo adquirido hasta el momento del embarazo, es muy importante porque, es un determinante social de la salud que tiene que ver con el autocuidado de la salud y, en este caso en particular, del bienestar y futuro del niño por nacer. Es preciso, tener en cuenta que la educación contribuye al crecimiento físico y emocional, de la mujer, incluyendo un aumento en el conocimiento y habilidades para la vida, mayor confianza en sí mismas, previo un empoderamiento de sus derechos sexuales y reproductivos que le permitirá, incluso, superar un estado de soltería, si fuese el caso. No así, aquellas mujeres que tienen niveles educativos

bajos, que son más vulnerables a sufrir violencia y con una tendencia a perpetuar la pobreza.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2015), sostiene que, una de las principales razones por las que el embarazo y la maternidad adolescentes han sido considerados como un problema social es que, en general, la situación de embarazo – maternidad puede impedir o al menos dificultar la trayectoria escolar de las/los adolescentes especialmente de las mujeres, lo cual a su vez puede desembocar en problemas de desarrollo profesional e inserción laboral, sobre todo en las clases y sectores vulnerables convirtiéndose en un factor de reproducción de la pobreza. Esta entidad afirma, además, que, la interrupción de la escolaridad limitaría las posibilidades de obtener un empleo o un empleo bien remunerado, lo que, a su vez, reduce las posibilidades de ascenso social de la madre y el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, que en últimas instancias tendría también consecuencias en el incremento de las desigualdades sociales (29).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2017) sostiene que, la educación es un derecho humano fundamental que es esencial para ejercer todos los demás derechos humanos. Promueve la libertad individual y el empoderamiento, dando lugar a importantes beneficios de desarrollo (28). Enfatiza además que el aumento de la calidad, la cantidad y el acceso a la educación fomenta el empoderamiento de las niñas, incrementa sus oportunidades en la vida y reduce el embarazo precoz no planificado (28).

De otra parte, se evidencia en el presente estudio que el 50,9% de gestantes adolescentes son amas de casa seguido de 48,2% que son estudiantes. Datos coincidentes con los de Bendezú y cols. (2016) quienes encontraron en su investigación que el 56% de las adolescentes eran amas de casa y 36% estudiantes (30), Ceballos y cols. (2013), también encontraron cifras elevadas de amas de casa en su estudio (66,6% de mujeres) y una cifra alta de estudiantes (33,4%), de igual forma Mechán y col. (2017) informaron que el 58,8% de adolescentes se dedicaban a los quehaceres domésticos.

De hecho el embarazo adolescente conlleva a diversos problemas sociales a los que debe enfrentarse la joven madre, uno de ellos, cambiar su rol de estudiante por la de ama de casa, ocupación que en muchas ocasiones las realiza por primera vez por el nuevo rol que asume y que limita su proyecto de vida. En la mayoría de las veces.

Subyacente a la ocupación de ama de casa está la violencia familiar y que la hace aún más vulnerable a situaciones de ansiedad y depresión.

En relación a la procedencia el 62,7% de gestantes adolescentes son procedentes de la zona urbana mientras que el 37,3% proceden de la zona rural, ello probablemente porque el Hospital está ubicado en una zona urbana de la ciudad y generalmente quienes acuden son de los barrios circunscritos a éste, sin que por ello se niegue la oportunidad de atención a quienes vienen de zona alejadas de la ciudad.

La tabla 2 permite observar que el mayor porcentaje (41,8%) de gestantes adolescentes está soltera y vive con su propia familia; el 14,5% está casada/unida viviendo con su propia familia, el 25,5% está casada/unida viviendo con la familia de la pareja y el 18,2% vive sola con su pareja. Estos resultados son similares a los encontrados por Quezada (2011) quien muestra valores de 37,8%, 20,7%, 28% y 13,4%, respectivamente para cada grupo.

También se puede analizar teniendo estos datos teniendo en cuenta que el 58,2% de gestantes adolescentes es casada o conviviente, mientras que el 41,8% son solteras. Datos que coinciden con los de González y cols. (2015) y Merchán y cols. (2017) quienes muestran que el 40% y el 46,3% eran solteras respectivamente y solamente 25,8% casadas en el caso de Quezada; sin embargo, difieren con los reportados por Herrera y cols. (2012) ellos muestran que el 70% de adolescentes eran solteras, 20% vivían en unión consensual y solamente el 10% eran casadas (8,12,13,7).

Las gestantes adolescentes solteras son más susceptibles de tener problemas emocionales como ansiedad o depresión sobre todo cuando viven en el seno de una familia con miembros violentos que permanentemente le harán recordar su condición de condición civil soltera; es posible que siendo casadas o convivientes viviendo con su propia familia sean las que tengan un mejor estado emocional, pues, aparte del hecho de convivir con su pareja no han dejado su hogar, no obstante, si el matrimonio ha sido forzado puede existir algún tipo de violencia por parte de la pareja; tal y como reflejan los datos que muestra el Centro de Emergencia Mujer (CEM) que informa que durante el año 2017, atendieron, 4,006 adolescentes de 12 a 17 años de edad con este tipo de queja (31).

Las adolescentes casadas o convivientes que viven en la casa de su pareja pueden recibir la aceptación que corresponde pudiendo ser vistas como una hija más; sin

embargo en ocasiones puede ocurrir lo contrario, sobre todo si el matrimonio ha sido forzado.

En general en la adolescencia, en torno al matrimonio existen una serie de situaciones que pueden resquebrajar el estado emocional de la adolescente dependiendo de las razones que tuvieron para comprometerse.

Mendoza y cols.(2016) señala que, algunas niñas y adolescentes que deciden casarse, utilizan el matrimonio como una manera de satisfacer su necesidad de libertad, experimentar el amor en un marco culturalmente respetable, escapar de la pobreza y de sus familias cuando hay violencia o su vida es difícil. Para algunas, sin embargo, el matrimonio precoz ocasiona que estas no alcancen sus objetivos académicos, sienten intensa soledad y tengan problemas económicos (32).

En la tabla 3 se muestra que el 91,8% de gestantes adolescentes presentan un nivel de ansiedad muy baja y solamente el 8,2% un nivel de ansiedad moderada. Datos que difieren con los de Bustamante (2014) quien encontró que 47% de las gestantes adolescentes presentaron ansiedad de estado medio, seguido de un 36% con ansiedad de estado alto, y 17% ansiedad estado bajo (33); de igual forma González y cols. (2016) determinaron que el 76% de las adolescentes embarazadas tuvo un nivel de ansiedad medio (12), Herrera y cols. (2012) también encontraron que el 80% de adolescentes embarazadas tuvo un alto nivel de ansiedad, dato diferente significativamente al encontrado en el presente estudio.

Sainz y cols. (2013) en su estudio encontraron ansiedad en 50,5% sin indicar el nivel por lo que no se puede contrastar con los resultados del presente estudio (11).

El embarazo en sí constituye un acontecimiento fisiológico y psicológico normal que no está libre de tensiones y conflictos, para la mayoría de las mujeres; constituye un período de duda, de ansiedad, de arduo trabajo psicológico que va variando durante el transcurso de este. En los primeros meses puede experimentar, alegría y satisfacción, pero a su vez, una gran ansiedad derivada de la necesidad de adaptarse a una situación nueva. Surge el temor frente a la responsabilidad que implica el tener que criar a un niño, dudando en ciertos momentos de sus capacidades maternas, sobre todo si es una adolescente y mucho más si se encuentra sola, sin su pareja o si está ocultando su embarazo, como suele ocurrir en algunas ocasiones que, para evitar conflictos y violencia en el seno de su hogar, no comentan de su gravidez sino hasta cuando éste ya está avanzado, pero es obvio que detrás de esta actitud, lo más

probable es que se presente ansiedad en diferentes niveles, pudiendo ser muy baja como en la mayoría de adolescentes del presente estudio.

Bustamante y col. (2014) manifiesta que el embarazo en la adolescente constituye una sorpresa en la mayoría de los casos y se asocia a factores de su historia individual y situaciones ambientales y familiares en el que predomina la falta de comunicación y el desequilibrio en la relación de sus padres con la pareja, por ello las adolescentes embarazadas sufren a menudo carencias, conflictos, tensiones y ansiedad (33).

En la tabla 4 se identifica que el 48,2% de gestantes adolescentes presenta depresión leve, seguido del 18,2% que tiene depresión moderada; mientras que el 33,6% no presentó depresión, datos que coinciden con los de González y cols. (2016) quienes encontraron que el 20% de adolescentes tuvo un nivel de depresión medio con una diferencia porcentual de 1.8 (12); de igual manera son coincidentes con los resultados encontrados por Gómez y cols. (2017) quienes determinaron que el 40% de las adolescentes presentó depresión leve (16). Sin embargo, difieren con los presentados por Ceballos y col (2013) quienes encontraron que el 66,7% de adolescentes no evidenció la presencia de depresión (10). Sainz y cols. (2013) señalan que en su estudio el 67% de las gestantes presentó depresión sin indicar en qué grado la presentaron, lo que impide contrastar con los resultados del presente estudio (11).

Las adolescentes que se embarazan son más susceptibles de sufrir estados depresivos por las diferentes situaciones sociales que tienen que enfrentar, un cambio de condición civil, cambio de hogar y sobre todo un cambio de roles ya que tiene que asumir la maternidad sujeta muchas veces a las resoluciones de la pareja, los padres o parientes políticos, muchas veces sin contar con su propia opinión, lo que la lleva a sumergirse en estados de tristeza, desconsuelo y finalmente depresión que por leve que sea puede tener serias implicancias en su bienestar así como en la del niño por nacer, ya que una gestante que se encuentra deprimida no acude a sus atenciones prenatales, no tiene cuidado de su embarazo, no se alimenta como corresponde, entre otras actitudes negativas.

Vélez (2012) en su estudio “El embarazo en el adolescente: una visión desde la dimensión emocional y la salud pública”, afirma que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los hombres/ padres. Tal tendencia se ha acentuado según datos recientes, exacerbando el llamado “madresolterismo”, en cuyo marco los varones (adolescentes o adultos) suelen ser padres y parejas ausentes que no se responsabilizan por hijos

que procrean con mujeres adolescentes. Esto aumenta la presión económica y los estados emocionales negativos como la depresión (34).

En la tabla 5 se puede evidenciar que el mayor porcentaje de ansiedad moderada (13%) la presentan las adolescentes embarazadas solteras viviendo con la propia familia, de igual forma presentan este nivel de ansiedad el 10% de adolescentes que viven solas con su pareja. Precisa resaltar que ninguna adolescente casada/unida viviendo con la propia familia presentó ansiedad de este nivel.

Es un hecho, que las gestantes adolescentes puedan sentirse más seguras viviendo con su propia familia y además contar con el apoyo de su pareja, no así quienes tienen que afrontar el embarazo solas, pues dependerán económicamente de sus padres o verse obligadas a trabajar con remuneraciones bajas porque no tienen la preparación suficiente para acceder a un buen empleo; de igual forma quienes se han casado o unido y viven solas con su pareja, pues en este caso tienen que asumir su nuevo rol de esposas y madres de una manera inesperada, que las hace sentirse ansiosas por el temor a no cumplir su rol tal y como corresponde.

Quintero (2015) señala que las adolescentes no se encuentran emocional y socialmente preparadas para asumir y adaptarse a este inesperado acontecimiento, que en gran medida marca su cotidianidad, las expectativas que tenían ellas y sus padres de mejores oportunidades termina por transformarse, ya sea de manera positiva o negativa, la vida de las adolescentes. La vivencia de la adolescencia se ve dificultada en la joven que se embaraza precozmente, poniendo en riesgo el cumplimiento de las metas propias de esta etapa, ya que se ve enfrentada a una situación en que debe hacerse cargo de tareas propias de la adultez, aun cuando todavía no haya concluido su propio proceso de desarrollo, ni esté preparada física y psicológicamente para cumplir con ellas. Las adolescentes ahora deben crear y desarrollar un plan de vida para asumir un nuevo rol que no corresponde a la adolescencia. (26)

En la tabla 6, puede notarse que las solteras viviendo con la propia familia fueron quienes presentaron mayores porcentajes de depresión: leve el 47,8% y moderada el 41,3%; solamente el 5% la pareja viviendo solos también presentaron depresión moderada; pero presentaron depresión leve en el 56,3% las gestantes adolescentes casadas /unidas viviendo con la propia familia, en el 46,4% las casadas/unidas viviendo con la pareja y en el 45% las adolescentes viviendo solo con su pareja; datos

que coinciden con los encontrados por Quezada (2011) quien informó que en las cuatro condiciones de estado civil, las adolescentes presentaron depresión en 43,9% (8), pero diferentes a los reportados por Alvarado y col.(2016) quienes encontraron que la mayoría de las gestantes que tiene una pareja estable no tiene depresión (casadas: 86,67% y convivientes 64,06%). Las solteras presentan niveles de depresión moderada (53,38%) y severa (4,76%), en este último nivel también se ubica al 17,19 de las convivientes (15).

Calderón y col. (2017) en su estudio: “Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10-19 años, en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue”, señala que en los estudios realizados en Lima la depresión ha sido encontrada por encima del 40% en gestantes; asimismo, las que sufrieron violencia física y/o sexual reportaron ideación suicida, comparada con aquellas que no la padecieron. Las que presentaron depresión severa fueron aquellas gestantes no casadas y en quienes no planificaron su embarazo (35).

Estadísticamente se encontró relación significativa entre condición del estado civil y grado de depresión ($p = 0,000$), dato que coincide con el encontrado por Acosta quien determinó que existe relación significativa entre el estado civil y la depresión ($p = 0,018$) en gestantes adolescentes (14).

La adolescente que se embaraza por lo general, espera contar con el apoyo de su pareja; sin embargo no siempre es así, sino que por el contrario muchas veces el joven que también suele ser un adolescente elude su responsabilidad, abandonando a la joven que no sabe qué va a hacer, ni cuál el horizonte al cual se dirigirá, de inicio suele ocultar su embarazo por el temor a sus padres, con la ansiedad que eso significa; en otros casos opta por contarle a su familia recibiendo en unos casos el apoyo necesario, mientras que en otros la censura es la que la va a acompañar durante todo el embarazo; sobre todo porque seguirá dependiendo económicamente de sus padres. En todos los casos cuando una gestante adolescente se queda soltera va experimentar sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza que finalmente la va a llevar a estados de depresión de diverso grado, y que posiblemente traerá repercusiones que pueden ir de leves y transitorias a graves y suicidio o la decisión de abortar clandestinamente, hecho que también la puede conllevar a la muerte.

CONCLUSIONES

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

1. En cuanto al perfil socio demográfico de la adolescente, la mayoría pertenece al grupo etario de 17-19 años (adolescencia tardía); tienen secundaria completa, son amas de casa y proceden de la zona urbana.
2. La condición del estado civil de la gestante adolescente que predomina es el de las solteras viviendo con la propia familia en un 41,8% de todos los casos.
3. Correspondiente al nivel de ansiedad, el 91,8% de las gestantes adolescentes presentaron un nivel de ansiedad muy bajo.
4. Se logró identificar que el 48,2% de gestantes adolescentes presentó un grado de depresión leve.
5. La condición del estado civil influyó significativamente en el grado de depresión según $p= 0,000$.

SUGERENCIAS

1. A las autoridades del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, proponer políticas de protección y atención diferenciada a las adolescentes gestantes solteras.
2. A los obstetras encargados de la atención pre natal, tener en cuenta la condición del estado civil de las gestantes, y brindar apoyo psicológico en situaciones especiales, a fin de evitar estados depresivos.
3. A los futuros tesisistas que tengan interés en este tema, realizar algún estudio de naturaleza cualitativa para conocer las vivencias de las gestantes adolescentes según su condición del estado civil que tienen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marina Todesco. Jenelle B. Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Primera edición ed. París : Organización de las Naciones Unidas - UNESCO; 2017. Recuperado el 30 de Marzo de 2018, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002515/251509S.pdf>
2. Ministerio de Salud. Prevención de embarazo adolescente. Artículo de revisión. Lima; 2014. Recuperado el 31 de Marzo de 2018, de http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=1
3. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Cajamarca presenta alarmantes cifras en embarazo adolescente. Informe técnico. Cajamarca; 2017.. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de http://dqe.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_cajamarca.pdf
4. La República. Evaluaron estrategias de prevención de embarazo adolescente en Cajamarca. 2017 Octubre 25. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <http://larepublica.pe/sociedad/1135979-evaluaran-estrategias-de-prevencion-de-embarazo-adolescente-en-cajamarca>
5. Romero L. Ipulsa. Medicina programa para prevenir el embarazo adolescente. Artículo Original. México; 2016. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <http://www.gaceta.unam.mx/20160929/wp-content/uploads/2016/09/290916.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez Lima; 2015. Recuperado el 31 de Marzo de 2018, de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n183-2015-inei.pdf>
7. Herrera K, Tudurí R, Suárez M. Pesquisa activa de ansiedad en adolescentes embarazadas. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. 2012; 9(2). Recuperado el 03 de abril de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2012/hph122h.pdf>
8. Quezada L, González M. Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil. Revista Summa psicológica UST. 2011; 8(2): p. 31-38. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <Desktop/Relacinentredepresinestrasyestresoresenadolescentesgestantesbajodistintascondic.pdf>
9. Loredó A, Vargas EC, AGJ, Gutiérrez C. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Artículo de opinión. México; 2017. Recuperado el 01 de Abril de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>

10. Ceballos G, Suárez Y, Arenas K, Salcedo N. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. Revista de Psicología. 2013; 5(2): p. 31-34. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de Desktop/Dialnet-AdolescentesGestantes-4865210.pdf
11. Sainz K, Chávez B, Díaz M, Sandoval M, Robles M. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Atención familiar. 2013; 20(1): p. 25-29. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de https://ac.els-cdn.com/S1405887116300827/1-s2.0-S1405887116300827-main.pdf?_tid=ad222695-d8c8-496c-a842-0d37622c6aba&acdnat=1522793241_8c37d1df7b954f9e14465738ae45cca5
12. González R, Martínez A, Martínez A, Martínez O, Marino E. Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes. Revista de Ciencias Médicas. Granma. 2016; 20(1). Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/141/191>
13. Merchán D, Mora M. Factores psicosociales que influyen en gestantes adolescentes, INNFA, Sucúa. Proyecto de investigación previa a la obtención del título de Licenciado en Enfermería. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28339/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
14. Acosta P, Pinedo S. Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos, relacionados a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa - Iquitos. Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_59889b3018b93ffda1331d00aba61be8
15. Alvarado M, Mundaca A. Nivel de depresión en gestantes atendidas en un Centro de Salud de la ciudad de Chiclayo. Tesis. Chiclayo - Perú: Universidad Privada Juan Mejía Baca; 2017. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UMBI_6db51c561525d25ab2724d16a9ca435c
16. Gómez S, Umpiri K. Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro. Tesis de Licenciatura. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2017. Recuperado el 01 de Abril de 2018, de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/746/Sharmely_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=4&isAllowed=y

17. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Gobierno de Guatemala. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. Artículo original. Guatemala; 2013. Recuperado el 01 de Abril de 2018, de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518
18. Yagué I, Sánchez A, Mañas I, Gómez I. Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. Psychology Society y educacion. 2016 Octubre 15; 8(1). Recuperado el 01 de Abril de 2018, de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/4742/Yague%20et%20al.pdf?sequence=1>
19. Núñez I, Crismán R. La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. Revista Iberoamericana de Educación. 2016; 71(2). Recuperado el 01 de Abril de 2018, de <https://ru-clip.com/video/kCJzPUUkauc/escalera-al-cielo-17-espa%C3%B1ol-latino.html>
20. Escolar M. Cómo minimizar la respuesta de ansiedad. Avance científico. Burgos: Universidad de Burgos; 2016. Recuperado el 01 de Abril de 2018, de http://www3.ubu.es/blogubuabierta/wp-content/uploads/2016/07/v9_Reducir-ansiedad_curso-verano_2016.pdf
21. Espinoza L, Muela J, García L. Avances en el campo de estudio del trastorno de ansiedad social en adolescentes. El papel de la emoción expresada. Revista de psicología clínica con niños y adolescentes. 2016; 3(2)002E Recuperado el 07 de Abril de 2018, de <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-15.pdf>
22. Red española de Agencias de Evaluación. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión. Programa. España; 2015. Recuperado el 07 de Abril de 2018, de http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html#
23. Universidad San Sebastián. Estado civil. Santiago - Chile; 2017. Recuperado el 02 de Abril de 2018, de <http://www.uss.cl/wp-content/uploads/2017/05/Estado-Civil.pdf>
24. Fernández J. El registro del estado civil de la personas. Artículo original. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; 2015. Recuperado el 07 de Abril de 2018, de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/5.pdf>

25. Galindo O, Rojas E, Meneses A, Aguilar J, Alvarado S. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck. *Psicooncología*. 2015; 12(1): p. 51-58. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck. *Psicooncología*, 12(1), 51-58.
26. Quintero A, Rojas H. El embarazo a temprana edad, un análisis de la perspectiva de madres adolescentes. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*. 2015;(44). Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608016.pdf>
27. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Nota de prensa. Ginebra - Suiza; 2018. Recuperado el 03 de Agosto de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
28. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Revisión de la evidencia y recomendaciones. Paris - Francia; 2017. Recuperado el 03 de Agosto de 2018, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002515/251509S.pdf>
29. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Determinantes Sociales de embarazo en menores de 15 años. Informe final de investigación. Nueva York; 2015. Recuperado el 04 de Agosto de 2018, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SM-Determ-embarazo-menores-15-a%C3%B1os.pdf>
30. Bendezú G, Espinoza D, Benedezú-Quispe G, Torres J, Huamán R. Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2016 Enero - marzo; 62(1). Recuperado el 07 de Agosto de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002
31. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Embarazo en adolescentes peruanas aumentó. "Un problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País". Informe técnico. Lima; 2018. Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
32. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Peñaranda C, Arías M, Carrillo J, et al. Matrimonio infantil: un problema social, económico y de salud pública. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2016; 81(3). Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300013

33. Bustamante M, Infante L. Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un Centro de Salud Pomalca. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Pomalca: Universidad Privada Juan Mejía Baca; 2014. Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/18/1/Bustamante_Maricela_y_Infante_Leandro.pdf
34. Vélez A. El embarazo en el adolescente: una visión desde la dimensión emocional y la salud pública. Revista Cuidarte. 2012. Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de <https://www.revistacuidarte.org/index.php/ilcuidarte/article/view/38/652>
35. Calderón D, Carrillo P. Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10-19 años, en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis para optar al título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2017. Recuperado el 11 de Agosto de 2018, de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1020/TITULO%20-%20Carrillo%20Poma%2C%20Pamela%20Kasandra..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CONDICIÓN DEL ESTADO CIVIL Y NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES. CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA, 2018

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:

10-13 años () 14-16 años () 17-19 años ()

Grado de instrucción

Sin nivel educativo () Primaria incompleta ()

Primaria completa () Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior técnica ()

Superior universitaria ()

Ocupación

Ama de casa () Empleada del hogar () Estudiante ()

Empleada del sector privado () Empleada del sector público ()

Independiente () Otro () Especifique:.....

Procedencia

Zona rural () Zona urbana ()

II. CONDICIÓN DEL ESTADO CIVIL

Soltera viviendo con la propia familia ()

Casada/unida viviendo con la propia familia ()

Casada/unidad viviendo con la familia de la pareja ()

Pareja viviendo sola ()

Con quien vive

Con su pareja y sus padres ()

Con su pareja y sus suegros ()

Sola con su pareja ()

Sola con sus padres ()

Sola con otros familiares ()

Sola ()

ANEXO 2

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Cuestionario	No	Leve	Moderado	Bastante
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

Interpretación:

- Ansiedad muy baja: 0–21 puntos
- Ansiedad moderada: 22–35 puntos
- Ansiedad severa: más de 36 puntos

ANEXO 03

ESCALA DE MONTGOMERY y ASBERG

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mínima. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece demasiado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de lo que exprese por su apariencia o no. Incluye ánimos bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo. Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciado por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuente o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasional sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales.
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.

6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado

1.

2. Apetito ligeramente disminuido

3.

4. No apetito.

Los alimento saben mal

5.

6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultad de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración

1.

2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos

3.

4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer

5.

6. Incapacidad para leer o conversas sub gran dificultad

7. Laxitud, Abulia

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias: 0. Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad

1.

2. Dificultad para iniciar actividades

3.

4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo

5.

6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente

1.

2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales

3.

4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos

5.

6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos.

9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamientos de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No pensamientos pesimistas

1.

2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones

3.

4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo

5.

6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable, Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene

1.

2. Cansado de vivir. Ideas de suicidas fugaces

3.

4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención

5.

6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad, Activa preparación para suicidio.

Tomado de: Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. Validacion de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluacion de la depresion y de la ansiedad. Med Clin (Barc) 2002;118(13):493-9.

Interpretación:

No depresión:	0-6 puntos
Depresión leve:	7-19 puntos
Depresión moderada:	20-34 puntos
Depresión grave:	35-60

ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
una vez informada sobre los objetivos de la investigación y que, mi participación en esta es completamente libre y voluntaria. Sin embargo, se espera que toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico y puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea declaro que puedo participar de la presente investigación:

Cajamarca..... de.... del 2018.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
 "Norte de la Universidad Peruana"
 Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Obstetricia



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Cajamarca, 11 de mayo de 2018

OFICIO N° 279-2018-EAPOB/FCS-UNC

Dra. Carmen Sagástegui Ponsignon
 DIRECTORA DEL CENTRO MATERNO PERINATAL SIMON BOLIVAR

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
 C.S. SIMÓN BOLÍVAR
 OFICINA DE SECRETARÍA

N°
 FECHA 11/05/18
 HORA 12:15 pm
 FIRMA

PRESENTE

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi afectuoso saludo; y al mismo tiempo, manifestarle que la alumna en Obstetricia Yolanda Heredia Rojas, está realizando el Proyecto de Tesis titulado: CONDICIÓN DEL ESTADO Y NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES. CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA 2018, para lo cual, solicito permiso a fin de que se le den las facilidades respectivas para aplicar las encuestas correspondientes y así concluir la etapa de recolección de datos del mencionado proyecto de tesis y posterior culminación de la referida investigación.

Segura de la atención que le brinde al presente, aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial deferencia.

Atentamente,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 Escuela Académico Profesional de Obstetricia

 Obs. Dra. Diana S. Ugaz Surga
 DIRECTORA (a)

C.c.
 Archivo
 ESUB/mvh

"SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ENCUESTAS"

Obstetra.

Gladis Ortiz Vázquez.

RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAPACITACIÓN DEL CENTRO MATERNO PERINATAL "SIMÓN BOLÍVAR".

Yo, Yolanda Heredia Rojas, exalumna de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Cajamarca, identificada con DNI. N° 45900505, y con domicilio legal en la ciudad de Cajamarca, ante Ud. Con todo respeto expongo:

Por medio de la presente, me dirijo ante usted muy respetuosamente para solicitar autorización para la realización de encuestas a las gestantes atendidas en "Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca, 2018", Que para la realización de Proyecto de tesis es indispensable contar con dichas encuestas, por lo que recurro a su despacho esperando que usted acepte mi solicitud.

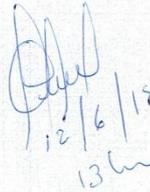
POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Atender a mi solicitud por ser de justicia.

Cajamarca, 12 de junio del 2018



Yolanda Heredia Rojas



12/6/18
136

ARTÍCULO CIENTÍFICO

CONDICIÓN DEL ESTADO CIVIL Y NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES. CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA 2018.

1 Heredia Rojas, Yolanda.

1 Bachiller en Obstetricia – Universidad Nacional de Cajamarca. Av. Atahualpa 1050, Cajamarca – Perú.

Resumen: El embarazo adolescente es un importante problema de salud en muchos casos son "embarazos no planeados" que colocan a la adolescente en una situación de alta vulnerabilidad, y proclive a sufrir estados de ansiedad y depresión, dependiendo entre otros factores de la condición del estado civil que tienen. El objetivo del presente estudio fue determinar la influencia de la condición del estado civil en el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. La investigación fue correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal realizado en un grupo de 110 gestantes adolescentes. Se encontraron como resultados que el 60,9% pertenece al grupo etario de 17-19 años; el 31,8% tiene secundaria completa; el 50,9% son amas de casa y el 62,7% procedentes de la zona urbana. La condición del estado civil que prevaleció fue el de soltera viviendo con la propia familia en 41,8%; tuvieron un nivel de ansiedad muy baja en el 91,8% de los casos y depresión leve en el 48,2%; las solteras viviendo con la propia familia y quienes viven solas con la pareja presentaron mayores porcentajes de ansiedad moderada con 13 y 10% respectivamente; de puérperas primíparas igual forma las adolescentes solteras viviendo con la propia familia y quienes viven solas con la pareja presentaron depresión moderada en 41,3% y 5% respectivamente. Conclusión: se encontró relación significativa entre la condición del estado civil y el grado de depresión.

Palabras clave: condición del estado civil, gestante adolescente, ansiedad, depresión.

Abstract: Adolescent pregnancy is a major health problem in many cases are "unplanned pregnancies" that place the adolescent in a situation of high vulnerability, and prone to suffer states of anxiety and depression, depending among other factors of the condition of marital status that have. The objective of the present study was to determine the influence of the condition of marital status on the level of anxiety and degree of depression in pregnant adolescents attended at the maternal perinatal center Simon Bolivar. The Investigation was Correlational, with a non-experimental cross-sectional design carried out in a group of 110 adolescent pregnant women. Results were found that 60.9% belong to the age group of 17-19 years; 31.8% have full secondary education; 50.9% are housewives and 62.7% are from the urban area. The condition of the marital status that prevailed was that of single woman living with her own family in 41.8%; they had a very low level of anxiety in 91.8% of cases and mild depression in 48.2%; the single women living with their own family and those who live alone with the couple had higher percentages of moderate anxiety with 13 and 10%, respectively. Likewise, these adolescents with these marital status conditions also presented moderate depression in 13% and 10% respectively. Conclusion: a significant relationship was found between the condition of marital status and the degree of depression.

Introducción: Por muchos años, el embarazo en la adolescencia se ha constituido en un serio problema de salud pública por las implicancias que trae consigo en diferentes esferas de la vida de la joven madre afectando su salud física y psicológica que la pueden llevar a estados de ansiedad y depresión, y cuyas cifras estadísticas se mantienen estables sobre todo en países en vías de desarrollo y casi siempre las investigaciones van dirigidas a diferentes factores sociodemográficos en conjunto, restando importancia a un aspecto social muy trascendental como es la condición del estado civil de la joven, aun conociendo que la incidencia de madres adolescentes solteras es considerablemente alta, razón por la cual en el presente estudio se tuvo como objetivo determinar la relación entre la condición del estado civil y el nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, identificando inicialmente que la mayoría pertenece a la adolescencia tardía (17-19 años), tienen secundaria completa, son amas de casa y proceden de la zona urbana; la condición del estado civil que prevalece es el de soltera viviendo con la propia familia, presentan un nivel de ansiedad muy bajo, un grado de depresión leve; llegando a determinar que existe relación significativa entre la condición del estado civil y la depresión en gestantes adolescentes, según lo establece el coeficiente de correlación ($p = 0,000$), que mide el grado de relación entre dos variables, estableciendo de esta manera que la condición del estado civil es un factor social muy importante en la salud de la gestante adolescente y que se la tiene que tener en cuenta en la consejería brindada en la atención prenatal.

Materiales y Métodos

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo correlacional; se utilizó la técnica de llenado de recolección de datos utilizándose la encuesta y los test, El Inventario de Ansiedad de Beck y Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), el mismo que se realizó a partir de la operacionalización de variables, donde se consignan los factores sociodemográficos tales como: Edad, grado de instrucción procedencia, y estado civil, además de las variables dependientes nivel de ansiedad y grado de depresión.

Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Grupo etario	n°	%
10-13 años	5	4,5
14-16 años	38	34,5
17-19 años	67	60,9
Grado de instrucción	n °	%
Sin instrucción	2	1,8
Primaria incompleta	13	11,8
Primaria completa	7	6,4
Secundaria incompleta	32	29,1
Secundaria completa	35	31,8
Superior técnica	4	3,6
Superior universitaria	17	15,5
Ocupación	n°	%
Ama de casa	56	50,9
Empleada del hogar	1	0,9
Estudiante	53	48,2
Procedencia	n°	%
Rural	41	37,3
Urbana	69	62,7
Total	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se observa que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes pertenece al grupo de 17-19 años (adolescencia tardía) con 60,9%; el 34,2% al grupo de 14-16 años (adolescencia media) y solamente el 4,5% fueron adolescentes del grupo de 10-13 años (adolescencia temprana).

Estos datos coinciden con los encontrados por González y cols. (2016) quienes identificaron que el 76% de las adolescentes embarazadas pertenecían al grupo etario de 17-19 años, pero difieren con los de Herrera y cols. (2012) ellos muestran en su estudio que el 50% son adolescentes de 11-13 años (12,7).

Cada grupo de adolescentes tiene connotaciones diferentes tanto sociales como para la salud de la mujer, pero todos con un gran impacto en sus vidas en términos sociales, económicos, educativos y de salud. En términos sociales, muchas veces abandonan los estudios porque no hay quien cuide a su bebé y tienen que hacerlo ellas ya sea que se unan a su pareja casadas o convivientes o se queden abandonadas en cuyo caso la situación empeora; en términos de salud, a menor edad, mayores serán las complicaciones obstétricas que pueden presentarse por la inmadurez biológica que aun acompaña su edad. En términos económicos las adolescentes son, por lo general, dependientes de sus padres, suegros o pareja; o bien tienen un sueldo precario porque no pueden acceder a un trabajo bien remunerado porque aún no han adquirido las competencias suficientes para un empleo bien remunerado.

Quintero (2015) señala que, el nuevo rol de las adolescentes las mantiene aisladas de actividades de ocio y diversión, la nueva responsabilidad les restringe y limita el tiempo libre, en efecto, las adolescentes asumen el rol histórico de las mujeres como dadoras de cuidado y sus padres o parejas son los proveedores de lo material y económico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) por su parte, señala que la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida en comparación a los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (27).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2017) sostiene que, para una niña adolescente (de 10 a 19 años de edad), experimentar un embarazo mientras aún está en la escuela, a menudo significa enfrentar duras sanciones sociales y decisiones difíciles que tienen consecuencias de por vida. Quedar embarazada podría significar la

expulsión del hogar y de la escuela; ser humilladas y estigmatizadas por la familia, por los miembros de la comunidad y compañeros; mayor vulnerabilidad a la violencia y abuso; y una mayor pobreza y dificultades económicas (28).

La tabla 1 muestra también, que el 31,8% de gestantes adolescentes tiene secundaria completa, seguido del 29,1% que tiene secundaria incompleta; un importante 15,5% cuenta ya, con estudios de superior universitaria; sin embargo el 11,8% solamente tiene primaria incompleta.

Estos resultados son semejantes a los reportados por Merchán y col. (2017) quienes en su estudio señalan que el 33,8% de adolescentes no había acabado la secundaria con una diferencia porcentual de solamente 4.2 puntos; sin embargo, son diferentes con los de Ceballos y col. (2013) que mostraron que el 76,6% de gestantes adolescentes habían alcanzado la secundaria, aunque no mencionan con exactitud si la concluyeron o no; de igual forma señalan que el 23,4% de gestantes, solamente tenía nivel primario; también difieren de los de Sainz y cols. (2013) quienes encontraron que el 36,9% de gestantes tenía secundaria; por su parte, Nakandakari y cols. (2013) igualmente, encontraron resultados diferentes: el 11,8% de gestantes adolescentes tenía secundaria incompleta, el 14% secundaria completa y el 6,10% superior universitaria, datos menores a los del presente estudio; aunque el 7,9% tuvo estudios de superior técnica.

Varias adolescentes del presente estudio estaban estudiando al momento de embarazarse y tal vez continúen haciéndolo, otras, sin embargo, es posible que abandonen sus estudios porque no tienen apoyo de la pareja o familiares o se casan y asumen una nueva responsabilidad como amas de casa. Un tema importante también es el hecho de que muchas adolescentes tienen niveles educativos bajos antes del embarazo y que más bien han podido ser la causa del embarazo adolescente por desconocimiento de métodos anticonceptivos o una limitada y pobre educación sexual.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2015) en su investigación encontró un alto porcentaje de niñas que solamente tenían básica primaria, sobre todo en el grupo de 13 y 14 años y señala que este porcentaje puede ser un dato indirecto sobre la deserción escolar temporal o definitiva, antes, durante o después del embarazo (28).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2015), sostiene que, una de las principales razones por las que el embarazo y la maternidad adolescentes han sido considerados como un problema social es que, en general, la situación de embarazo – maternidad puede impedir o al menos dificultar la trayectoria escolar de las/los adolescentes especialmente de las mujeres, lo cual a su vez puede desembocar en problemas de desarrollo profesional e inserción laboral, sobre todo en las clases y sectores vulnerables convirtiéndose en un factor de reproducción de la pobreza. Esta entidad afirma, además, que, la interrupción de la escolaridad limitaría las posibilidades de obtener un empleo o un empleo bien remunerado, lo que, a su vez, reduce las posibilidades de ascenso social de la madre y el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos, que en últimas instancias tendría también consecuencias en el incremento de las desigualdades sociales (29).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2017) sostiene que, la educación es un derecho humano fundamental que es esencial para ejercer todos los demás derechos humanos. Promueve la libertad individual y el empoderamiento, dando lugar a importantes beneficios de desarrollo (28). Enfatiza además que el aumento de la calidad, la cantidad y el acceso a la educación fomenta el empoderamiento de las niñas, incrementa sus oportunidades en la vida y reduce el embarazo precoz no planificado (28).

De otra parte, se evidencia en el presente estudio que el 50,9% de gestantes adolescentes son amas de casa seguido de 48,2% que son estudiantes. Datos coincidentes con los de Bendejú y cols. (2016) quienes encontraron en su investigación que el 56% de las adolescentes eran amas de casa y 36% estudiantes (30), Ceballos y cols. (2013), también encontraron cifras elevadas de amas de casa en su estudio (66,6% de mujeres) y una cifra alta de estudiantes (33,4%), de igual forma Mechán y col. (2017) informaron que el 58,8% de adolescentes se dedicaban a los quehaceres domésticos.

En relación a la procedencia el 62,7% de gestantes adolescentes son procedentes de la zona urbana mientras que el 37,3% proceden de la zona rural, ello probablemente porque el Hospital está ubicado en una zona urbana de la ciudad y generalmente quienes acuden son de los barrios circunscritos a éste, sin que por ello se niegue la oportunidad de atención a quienes vienen de zona alejadas de la ciudad.

Tabla 2. Condición civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Condición civil	n°	%
Soltera viviendo con la propia familia	46	41,8
Casadas/unidas viviendo con la propia familia	16	14,5
Casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja	28	25,5

La pareja viviendo sola	20	18,2
Total	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Permite observar que el mayor porcentaje (41,8%) de gestantes adolescentes está soltera y vive con su propia familia; el 14,5% está casada/unida viviendo con su propia familia, el 25,5% está casada/unida viviendo con la familia de la pareja y el 18,2% vive sola con su pareja. Estos resultados son similares a los encontrados por Quezada (2011) quien muestra valores de 37,8%, 20,7%, 28% y 13,4%, respectivamente para cada grupo.

También se puede analizar estos datos teniendo en cuenta que el 58,2% de gestantes adolescentes es casada o conviviente, mientras que el 41,8% son solteras. Datos que coinciden con los de González y cols. (2015) y Merchán y cols. (2017) quienes muestran que el 40% y el 46,3% eran solteras respectivamente y solamente 25,8% casadas en el caso de Quezada; sin embargo, difieren con los reportados por Herrera y cols. (2012) ellos muestran que el 70% de adolescentes eran solteras, 20% vivían en unión consensual y solamente el 10% eran casadas (8,12,13,7).

Las gestantes adolescentes solteras son más susceptibles de tener problemas emocionales como ansiedad o depresión sobre todo cuando viven en el seno de una familia con miembros violentos que permanentemente le harán recordar su condición de condición civil soltera; es posible que siendo casadas o convivientes viviendo con su propia familia sean las que tengan un mejor estado emocional, pues, aparte del hecho de convivir con su pareja no han dejado su hogar, no obstante, si el matrimonio ha sido forzado puede existir algún tipo de violencia por parte de la pareja; tal y como reflejan los datos que muestra el Centro de Emergencia Mujer (CEM) que informa que durante el año 2017, atendieron, 4,006 adolescentes de 12 a 17 años de edad con este tipo de queja (31).

Las adolescentes casadas o convivientes que viven en la casa de su pareja pueden recibir la aceptación que corresponde pudiendo ser vistas como una hija más; sin embargo en ocasiones puede ocurrir lo contrario, sobre todo si el matrimonio ha sido forzado. Mendoza y cols.(2016) señala que, algunas niñas y adolescentes que deciden casarse, utilizan el matrimonio como una manera de satisfacer su necesidad de libertad, experimentar el amor en un marco culturalmente respetable, escapar de la pobreza y de sus familias cuando hay violencia o su vida es difícil. Para algunas, sin embargo, el matrimonio precoz ocasiona que estas no alcancen sus objetivos académicos, sienten intensa soledad y tengan problemas económicos (32).

Tabla 3. Nivel de ansiedad de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Nivel de ansiedad	n°	%
Muy baja	101	91,8
Moderada	9	8,2
Total	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se muestra que el 91,8% de gestantes adolescentes presentan un nivel de ansiedad muy baja y solamente el 8,2% un nivel de ansiedad moderada. Datos que difieren con los de Bustamante (2014) quien encontró que 47% de las gestantes adolescentes presentaron ansiedad de estado medio, seguido de un 36% con ansiedad de estado alto, y 17% ansiedad estado bajo (33); de igual forma González y cols. (2016) determinaron que el 76% de las adolescentes embarazadas tuvo un nivel de ansiedad medio (12), Herrera y cols. (2012) también encontraron que el 80% de adolescentes embarazadas tuvo un alto nivel de ansiedad, dato diferente significativamente al encontrado en el presente estudio.

Sainz y cols. (2013) en su estudio encontraron ansiedad en 50,5% sin indicar el nivel por lo que no se puede contrastar con los resultados del presente estudio (11).

Bustamante y col. (2014) manifiesta que el embarazo en la adolescente constituye una sorpresa en la mayoría de los casos y se asocia a factores de su historia individual y situaciones ambientales y familiares en el que predomina la falta de comunicación y

el desequilibrio en la relación de sus padres con la pareja, por ello las adolescentes embarazadas sufren a menudo carencias, conflictos, tensiones y ansiedad (33).

Tabla 4. Grado de depresión de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Grado de depresión	n°	%
No depresión	37	33,6
Depresión leve	53	48,2
Depresión moderada	20	18,2
Total	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se identifica que el 48,2% de gestantes adolescentes presenta depresión leve, seguido del 18,2% que tiene depresión moderada; mientras que el 33,6% no presentó depresión, datos que coinciden con los de González y cols. (2016) quienes encontraron que el 20% de adolescentes tuvo un nivel de depresión medio con una diferencia porcentual de 1.8 (12); de igual manera son coincidentes con los resultados encontrados por Gómez y cols. (2017) quienes determinaron que el 40% de las adolescentes presentó depresión leve (16). Sin embargo, difieren con los presentados por Ceballos y col (2013) quienes encontraron que el 66,7% de adolescentes no evidenció la presencia de depresión (10). Sainz y cols. (2013) señalan que en su estudio el 67% de las gestantes presentó depresión sin indicar en qué grado la presentaron, lo que impide contrastar con los resultados del presente estudio (11).

Vélez (2012) en su estudio "El embarazo en el adolescente: una visión desde la dimensión emocional y la salud pública", afirma que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los hombres/ padres. Tal tendencia se ha acentuado según datos recientes, exacerbando el llamado "madresolterismo", en cuyo marco los varones (adolescentes o adultos) suelen ser padres y parejas ausentes que no se responsabilizan por hijos que procrean con mujeres adolescentes. Esto aumenta la presión económica y los estados emocionales negativos como la depresión (34).

Tabla 5. Nivel de ansiedad según condición del estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Condición civil	Nivel de ansiedad				Total	
	Muy baja		Moderada		n°	%
	n°	%	n°	%		
	40	87,0	6	13,0	46	41,8

Solteras viviendo con la propia familia

Casadas/unidas viviendo con la propia familia	16	100,0	0	0,0	16	14,5
Casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja	27	96,4	1	3,6	28	25,5
La pareja viviendo sola	18	90,0	2	10,0	20	18,2
Total	101	91,8	9	8,2	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

X² = 3.753

p = 0,289

Se puede evidenciar que el mayor porcentaje de ansiedad moderada (13%) la presentan las adolescentes embarazadas solteras viviendo con la propia familia, de igual forma presentan este nivel de ansiedad el 10% de adolescentes que viven solas con su pareja. Precisa resaltar que ninguna adolescente casada/unida viviendo con la propia familia presentó ansiedad de este nivel.

Es un hecho, que las gestantes adolescentes puedan sentirse más seguras viviendo con su propia familia y además contar con el apoyo de su pareja, no así quienes tienen que afrontar el embarazo solas, pues dependerán económicamente de sus padres o verse obligadas a trabajar con remuneraciones bajas porque no tienen la preparación suficiente para acceder a un buen empleo; de igual forma quienes se han casado o unido y viven solas con su pareja, pues en este caso tienen que asumir su nuevo rol de esposas y madres de una manera inesperada, que las hace sentirse ansiosas por el temor a no cumplir su rol tal y como corresponde.

Quintero (2015) señala que las adolescentes no se encuentran emocional y socialmente preparadas para asumir y adaptarse a este inesperado acontecimiento, que en gran medida marca su cotidianidad, las expectativas que tenían ellas y sus padres de mejores oportunidades termina por transformar, ya sea de manera positiva o negativa, la vida de las adolescentes. La vivencia de la adolescencia se ve dificultada en la joven que se embaraza precozmente, poniendo en riesgo el cumplimiento de las metas propias de esta etapa, ya que se ve enfrentada a una situación en que debe hacerse cargo de tareas propias de la adultez, aun cuando todavía no haya concluido su propio proceso de desarrollo, ni esté preparada física y psicológicamente para cumplir con ellas. Las adolescentes ahora deben crear y desarrollar un plan de vida para asumir un nuevo rol que no corresponde a la adolescencia. (26)

Tabla 6. Grado de depresión según condición del estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2018.

Condición del estado civil	Grado de depresión						Total	
	No depresión		Depresión leve		Depresión moderada		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Soltera viviendo con la propia familia	5	10,9	22	47,8	19	41,3	46	41,8
Casadas/unidas viviendo con la propia familia	7	43,8	9	56,3	0	0,0	16	14,5
Casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja	15	53,6	13	46,4	0	0,0	28	25,5
La pareja viviendo sola	10	50,0	9	45,0	1	5,0	20	18,2
Total	37	33,6	53	48,2	20	18,2	110	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

X² = 36,191

p = 0,000

Puede notarse que las solteras viviendo con la propia familia fueron quienes presentaron mayores porcentajes de depresión: leve el 47,8% y moderada el 41,3%; solamente el 5% la pareja viviendo solos también presentaron depresión moderada; pero presentaron depresión leve en el 56,3% las gestantes adolescentes casadas/unidas viviendo con la propia familia, en el 46,4% las casadas/unidas viviendo con la pareja y en el 45% las adolescentes viviendo solo con su pareja; datos que coinciden con los encontrados por Quezada (2011) quien informó que en las cuatro condiciones de estado civil, las adolescentes presentaron depresión en 43,9% (8), pero diferentes a los reportados por Alvarado y col.(2016) quienes encontraron que la mayoría de las gestantes que tiene una pareja estable no tiene depresión (casadas: 86,67% y convivientes 64,06%). Las solteras presentan niveles de depresión moderada (53,38%) y severa (4,76%), en este último nivel también se ubica al 17,19 de las convivientes (15). Calderón y col. (2017) en su estudio: "Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10-19 años, en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue", señala que en los estudios realizados en Lima la depresión ha sido encontrada por encima del 40% en gestantes; asimismo, las que sufrieron violencia física y/o sexual reportaron ideación suicida, comparada con aquellas que no la padecieron. Las que presentaron depresión severa fueron aquellas gestantes no casadas y en quienes no planificaron su embarazo (35).

Estadísticamente se encontró relación significativa entre condición del estado civil y grado de depresión ($p = 0,000$), dato que coincide con el encontrado por Acosta quien determinó que existe relación significativa entre el estado civil y la depresión ($p = 0,018$) en gestantes adolescentes (14).

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio, de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteados, permitieron obtener las siguientes conclusiones:

- En cuanto al perfil socio demográfico de la adolescente, la mayoría pertenece al grupo etario de 17-19 años (adolescencia tardía); tienen secundaria completa, son amas de casa y proceden de la zona urbana.
- La condición del estado civil de la gestante adolescente que predomina es el de las solteras viviendo con la propia familia en un 41,8% de todos los casos.
- Correspondiente al nivel de ansiedad, el 91,8% de las gestantes adolescentes presentaron un nivel de ansiedad muy bajo.
- Se logró identificar que el 48,2% de gestantes adolescentes presentó un grado de depresión leve.
- La condición del estado civil influyó significativamente en el grado de depresión según $p = 0,000$.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

36. Marina Todesco. Jenelle B. Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Primera edición ed. París : Organización de las Naciones Unidas - UNESCO; 2017. Recuperado el 30 de Marzo de 2018, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002515/251509S.pdf>
37. Ministerio de Salud. Prevención de embarazo adolescente. Artículo de revisión. Lima; 2014. Recuperado el 31 de Marzo de 2018, de http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=1
38. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Cajamarca presenta alarmantes cifras en embarazo adolescente. Informe técnico. Cajamarca; 2017.. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_cajamarca.pdf
39. La República. Evaluaron estrategias de prevención de embarazo adolescente en Cajamarca. 2017 Octubre 25. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <http://larepublica.pe/sociedad/1135979-evaluaron-estrategias-de-prevencion-de-embarazo-adolescente-en-cajamarca>
40. Romero L. Ipulsa. Medicina programa para prevenir el embarazo adolescente. Artículo Original. México; 2016. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <http://www.gaceta.unam.mx/20160929/wp-content/uploads/2016/09/290916.pdf>
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez Lima; 2015. Recuperado el 31 de Marzo de 2018, de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n183-2015-inei.pdf>
42. Herrera K, Tudurí R, Suárez M. Pesquisa activa de ansiedad en adolescentes embarazadas. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. 2012; 9(2). Recuperado el 03 de abril de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2012/hph122h.pdf>
43. Quezada L, González M. Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil. Revista Summa psicológica UST. 2011; 8(2): p. 31-38. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <Desktop/Relacionentredepresionestresyestresoresenadolescentesgestantesbajodistintascondic.pdf>
44. Loreda A, Vargas EC, AGJ, Gutiérrez C. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Artículo de opinión. México; 2017. Recuperado el 01 de Abril de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
45. Ceballos G, Suárez Y, Arenas K, Salcedo N. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. Revista de Psicología. 2013; 5(2): p. 31-34. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <Desktop/Dialnet-AdolescentesGestantes-4865210.pdf>
46. Sainz K, Chávez B, Díaz M, Sandoval M, Robles M. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Atención familiar. 2013; 20(1): p. 25-29. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de https://ac.els-cdn.com/S1405887116300827/1-s2.0-S1405887116300827-main.pdf?_tid=ad222695-d8c8-496c-a842-0d37622c6aba&acdnat=1522793241_8c37d1df7b954f9e14465738ae45cca5
47. González R, Martínez A, Martínez A, Martínez O, Marino E. Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes. Revista de Ciencias Médicas. Granma. 2016; 20(1). Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/141/191>

48. Merchán D, Mora M. Factores psicosociales que influyen en gestantes adolescentes, INNFA, Sucúa. Proyecto de investigación previa a la obtención del título de Licenciado en Enfermería. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28339/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
49. Acosta P, Pinedo S. Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos, relacionados a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha - Iquitos. Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_59889b3018b93ffda1331d00aba61be8
50. Alvarado M, Mundaca A. Nivel de depresión en gestantes atendidas en un Centro de Salud de la ciudad de Chiclayo. Tesis. Chiclayo - Perú: Universidad Privada Juan Mejía Baca; 2017. Recuperado el 03 de Abril de 2018, de http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UMBI_6db51c561525d25ab2724d16a9ca435c
51. Gómez S, Umpiri K. Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro. Tesis de Licenciatura. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2017. Recuperado el 01 de Abril de 2018, de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/746/Sharmely_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=4&isAllowed=y
52. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Gobierno de Guatemala. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. Artículo original. Guatemala; 2013. Recuperado el 01 de Abril de 2018, de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518
53. Yagüe I, Sánchez A, Mañas I, Gómez I. Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology Society y educación*. 2016 Octubre 15; 8(1). Recuperado el 01 de Abril de 2018, de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/4742/Yague%20et%20al.pdf?sequence=1>
54. Núñez I, Crismán R. La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2016; 71(2). Recuperado el 01 de Abril de 2018, de <https://ruclip.com/video/kCJzPUUkauc/escalera-al-cielo-17-espa%C3%B1ol-latino.html>
55. Escolar M. Cómo minimizar la respuesta de ansiedad. Avance científico. Burgos: Universidad de Burgos; 2016. Recuperado el 01 de Abril de 2018, de http://www3.ubu.es/blogubuabierta/wp-content/uploads/2016/07/v9_Reducir-ansiedad_curso-verano_2016.pdf
56. Espinoza L, Muela J, García L. Avances en el campo de estudio del trastorno de ansiedad social en adolescentes. El papel de la emoción expresada. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*. 2016; 3(2)002E Recuperado el 07 de Abril de 2018, de <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-15.pdf>
57. Red española de Agencias de Evaluación. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión. Programa. España; 2015. Recuperado el 07 de Abril de 2018, de http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html#
58. Universidad San Sebastián. Estado civil. Santiago - Chile; 2017. Recuperado el 02 de Abril de 2018, de <http://www.uss.cl/wp-content/uploads/2017/05/Estado-Civil.pdf>
59. Fernández J. El registro del estado civil de la personas. Artículo original. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; 2015. Recuperado el 07 de Abril de 2018, de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/5.pdf>
60. Galindo O, Rojas E, Meneses A, Aguilar J, Alvarado S. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck. *Psicooncología*. 2015; 12(1): p. 51-58. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck. *Psicooncología*, 12(1), 51-58.
61. Quintero A, Rojas H. El embarazo a temprana edad, un análisis de la perspectiva de madres adolescentes. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*. 2015;(44). Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608016.pdf>
62. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Nota de prensa. Ginebra - Suiza; 2018. Recuperado el 03 de Agosto de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
63. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Revisión de la evidencia y recomendaciones. Paris - Francia; 2017. Recuperado el 03 de Agosto de 2018, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002515/251509S.pdf>
64. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Determinantes Sociales de embarazo en menores de 15 años. Informe final de investigación. Nueva York; 2015. Recuperado el 04 de Agosto de 2018, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SM-Determ-embarazo-menores-15-a%C3%B1os.pdf>
65. Bendezú G, Espinoza D, Benedezú-Quispe G, Torres J, Huamán R. Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2016 Enero - marzo; 62(1). Recuperado el 07 de Agosto de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002
66. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Embarazo en adolescentes peruanas aumentó. "Un problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País". Informe técnico. Lima; 2018. Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de https://www.mesaconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
67. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Peñaranda C, Ariás M, Carrillo J, et al. Matrimonio infantil: un problema social, económico y de salud pública. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2016; 81(3). Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300013.

68. Bustamante M, Infante L. Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un Centro de Salud Pomalca. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Pomalca: Universidad Privada Juan Mejía Baca; 2014. Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/18/1/Bustamante_Maricela_y_Infante_Leandro.pdf
69. Vélez A. El embarazo en el adolescente: una visión desde la dimensión emocional y la salud pública. Revista Cuidarte. 2012. Recuperado el 10 de Agosto de 2018, de <https://www.revistacuidarte.org/index.php/ilcuidarte/article/view/38/652>
70. Calderón D, Carrillo P. Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10-19 años, en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis para optar al título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2017. Recuperado el 11 de Agosto de 2018, de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1020/TITULO%20-%20Carrillo%20Poma%2C%20Pamela%20Kasandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>