



Red de Investigación Estudiantil de la Universidad del Zulia
Revista Venezolana de Investigación Estudiantil

REDIELUZ

Sembrando la investigación estudiantil

Vol. 13 N° 1

Enero - Junio 2023



ISSN: 2244-7334

Depósito Legal: pp201102ZU3769



VAC

Universidad del Zulia
Vicerrectorado Académico

ANSIEDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES DURANTE EL III TRIMESTRE Y SU RELACIÓN CON EL APGAR AL MINUTO

(Anxiety in adolescent pregnancy during the III trimester and its relationship with the minute Apgar)

Lilian K. Arteaga-Cedeño¹, María Del Pilar Ibarra Socorro¹, Anaximenes León¹, Jorge G.

Paladines-Morán¹, Wendy L. Arteaga-Cedeño².

Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, División de Estudios para Graduados Maracaibo-Venezuela¹

Universidad de Valladolid, España²

Correspondencia: karinaarte79@yahoo.es

ORCID:0000-0002-4866-5648

RESUMEN

El objeto de la investigación fue determinar la relación existente entre la ansiedad en gestantes adolescentes durante el tercer trimestre y el Apgar, al minuto de vida del recién nacido. Se realizó un estudio descriptivo, transversal de tipo correlacional. Cuyo censo poblacional fue de 168 adolescentes en el tercer trimestre de gestación, atendidas en el Hospital Básico de Jipijapa de Ecuador. Previa firma de consentimiento informado, se procedió a realizar la recolección de los datos, para lo cual se empleó la técnica de la entrevista que se hizo efectiva a través de el Test de Hamilton (1959), para determinar el grado de ansiedad. De igual modo se elaboró, una ficha validada por grupo de expertos en el área, donde se registró los datos adicionales para conocer información sociodemográfica de la población, así como, el APGAR y peso del recién nacido. Predominó la edad de 17 a 19 años (51,2%). El 36,9% de los neonatos tenían menos de 37 semanas de gestación, 41,7% con bajo peso, y la puntuación APGAR señaló asfíxia en el 48,2% de los niños al minuto. El 39,3% mostró ansiedad en las adolescentes, sin relación con el peso de sus recién nacidos, pero sí, con el APGAR al minuto. Los resultados muestran que un 39,3 % de las adolescentes embarazadas presentaron ansiedad, la cual está relacionada con el puntaje del APGAR del recién nacido al minuto, pero no con su peso. Es recomendable la implementación de estrategias

que lleven a disminuir el embarazo en la adolescencia, a fin de mejorar la calidad de vida de la referida población.

Palabras Clave: Ansiedad, gestantes adolescentes, tercer trimestre, Apgar al minuto de vida.

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the relationship between anxiety in adolescent pregnant women during the third trimester and the Apgar score at one minute of life of the newborn. A descriptive, cross-sectional, correlational study was carried out. The census population was 168 adolescents in the third trimester of gestation, attended at the Basic Hospital of Jipijapa, Ecuador. After signing the informed consent form, data collection was carried out using the interview technique, which was made effective through Hamilton's test (1959), to determine the degree of anxiety. Likewise, a form was prepared and validated by a group of experts in the area, where additional data was recorded to know the sociodemographic information of the population, as well as the Apgar and weight of the newborn. The predominant age group was 17 to 19 years (51.2%). Thirty-six.9% of the neonates were less than 37 weeks gestation, 41.7% were underweight, and the APGAR score showed asphyxia in 48.2% of the infants at one minute. The 39.3% showed anxiety in the adolescent girls, unrelated to the weight of their newborns, but related to the APGAR at one minute.

The results show that 39.3% of the pregnant adolescents presented anxiety, which is related to the Apgar score of the newborn at one minute, but not to its weight. It is advisable to implement strategies to reduce adolescent pregnancy in order to improve the quality of life of this population.

Keywords: Anxiety, pregnant adolescents, third trimester, Apgar at minute of life.

Recibido: 11-01-2023 Aceptado: 15-04-2023

INTRODUCCIÓN

Mundialmente la falta de información y orientación en el área de salud reproductiva y educación sexual, es uno de los determinantes en las conductas de riesgos que asumen los adolescentes, y en consecuencia la ocurrencia de un embarazo no planificado, reconociéndose como un grave problema de salud pública (Gebresilassie et al., 2019). El embarazo en adolescentes (EA) es una condición especial con 16 millones de partos en jóvenes entre 15 a 19 años, y un millón en menores de 15 años. El embarazo en adolescentes representa la segunda causa de muerte en todo el mundo (Essome et al., 2020). La mortalidad se produce mayormente en países de ingresos bajos y medianos, con el 30% de matrimonios en jóvenes antes de los 18 años y en 14% en las menores de 15 (OMS, 2020).

Esta situación ha conducido a la implementación de acciones requeridas por organismos internacionales, con el fin de reducir el embarazo precoz y su morbimortalidad, tanto en la madre como en sus recién nacidos (UNICEF, 2023). Al respecto, se reporta un 11% de partos en adolescentes entre 15 y 19 años, con alto porcentaje de complicaciones graves y muerte durante el embarazo y el parto (OMS, 2020). En ese sentido, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2017) informó que América Latina y el Caribe presenta una alta incidencia de embarazo adolescente, con 13% de 15 a 19 años. Entre los países con mayores porcentajes de madres adolescentes se encuentran: Nicaragua (25%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%), Bolivia y Colombia (20%) (UNICEF, 2017).

En Ecuador el Instituto Nacional de Estadística y Censos, informa que dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, pertenecientes a los grupos de mayor pobreza, sin educación y sin protección familiar, son madres o están embarazadas por primera vez (INEC, 2010,2011). Por su parte, Matute

y Jarrín (2016) destacan el incremento del 1,39% de nacidos vivos de madres adolescentes, pertenecientes al grupo etario de 10 a 19 años, entre el periodo del 2005 al 2014 a nivel nacional.

Entre otros trastornos producidos durante el EA están los del área afectiva y el estado de ánimo, entre estos: la ansiedad y la depresión como los más prevalentes (Ma et al., 2019). Los factores desencadenantes durante el embarazo y el parto son: cambios hormonales, rechazo social, antecedentes personales o familiares, problemas de pareja, complicaciones del embarazo, abandono familiar y situación económica (Urdaneta et al., 2011; Valadares et al., 2020).

Los trastornos de estado de ánimo se producen con más frecuencia durante el tercer trimestre de gestación, debido a un mayor influjo hormonal (estrés) y complicaciones del embarazo (Răchită et al., 2022) ya que, en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos (Rodríguez, 2017). Además, de los trastornos desarrollados por cuadros de preeclampsia, restricción de crecimiento intrauterino, partos prematuros, incremento de intervenciones quirúrgicas por malformaciones y microcefalia, que suman admisiones a UCI neonatal (Calle, 2013).

Las mujeres se encuentran más vulnerables a padecer trastornos emocionales incidiendo en diversos ámbitos de su interacción (Arteaga-Cedeño et al., 2022; Carbonero-Martín et al., 2022). Se describe que el 21,7% de las adolescentes embarazadas presentan cuadros de ansiedad moderada, predominando en el grupo entre 15 y 19 años, mayormente en aquellas que tienen desfavorables condiciones socioeconómicas y un bajo nivel de escolaridad (Ortega et al., 2001). Otros estudios evidencian un 23,6% de embarazadas con algún nivel depresivo, en quienes se utilizó la Escala de Edinburgh, donde el 66% se encontraban en el tercer trimestre del embarazo y con edades entre 15 a 19 años, siendo las más afectadas las madres solteras con el 33,3% (Rodríguez, 2017; Ruiz et al., 2017).

Una escala de ansiedad útil, de lenguaje sencillo y de fácil interpretación es la propuesta por Zung, cuya aplicación en numerosos estudios revelan la presencia de ansiedad materna del 60% a 63% en embarazadas, mayor en las adolescentes (15 a 16 años) y en la fase prenatal, muchos de ellos relacionados con complicaciones obstétricas y con daños en el desarrollo fetal (Leonetti y Martins, 2007; Rios, 2016). Entre los efectos que se observan en

el recién nacido producto de madres adolescentes con ansiedad, se encuentran: la prematuridad, el bajo peso y una baja puntuación de Apgar (1958).

Al respecto, el APGAR es un examen rápido realizado al primer y quinto minuto después del nacimiento del neonato, indicando para el primero la tolerancia del niño en el proceso de nacimiento, mientras que el segundo se refiere a su evolución fuera del vientre materno (Apgar et al., 1958). Se reporta que los recién nacidos de madres adolescentes muestran depresión moderada o severa, según el puntaje del Apgar al nacer y a los cinco minutos, relacionados con factores de riesgos desfavorables durante la gestación y el parto (Fernández et al., 2004), entre ellos la depresión y la ansiedad, por ello, se recomienda la aplicación de la escala de Hamilton (1959), para evaluar y manejar la ansiedad durante el embarazo, y mejorar la salud de la gestante y su niño.

Otro aspecto significativo a considerar en la presencia de ansiedad en la gestantes adolescentes es su funcionalidad familiar. Se reporta un 33% con disfunción familiar, a menor funcionalidad familiar, mayor es el riesgo que presenta la adolescente en su embarazo (Rangel et al., 2004; Ramírez, 2013). En Ecuador, el 46,7% de estas gestantes nunca recibieron apoyo familiar, manifestando un estado de ansiedad moderada en el 51,7%, y con depresión leve en el 50% (Castillo, 2017). Los resultados antes descritos en Ecuador, llevó a la implementación de programas para reducir el embarazo en adolescentes, entre estos la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Aspiazu & Páez, 2022), y el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva Ecuador (MSP, 2017), que, al no cumplirse con los objetivos establecidos, dichos programas fueron derogados. Actualmente se trabaja en una política que contrarreste dicha problemática (Arias, 2022).

El Hospital Básico Jipijapa (HBJ), es una institución sanitaria perteneciente al Ministerio de Salud Pública de Ecuador, donde se atienden aproximadamente 50 adolescentes embarazadas, entre 34 y 41 semanas de gestación mensualmente (MSP, 2019). Las adolescentes durante los controles prenatales, demuestran poco interés en facilitar los datos, desconocen fechas de su última menstruación, no colaboran en la revisión del examen físico obstétrico, presentan cuadro anémico severo, infecciones vaginales y/o de vías urinarias, poca adherencia al tratamiento, no cuentan con apoyo familiar suficiente, con poca colaboración durante el trabajo de parto con repercusión en el recién nacido (Essoime et al., 2020; OPS/FPNU/UNICEF, 2016).

Sobre la base de lo anterior, se planteó realizar esta investigación que permitió determinar la relación existente entre la ansiedad en gestantes adolescentes durante el tercer trimestre, y el Apgar, al minuto de vida del recién nacido, en el Hospital Básico Jipijapa, Manabí, Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó estudio observacional descriptivo de corte transversal, durante el periodo de febrero 2018 a febrero 2020, de tipo correlacional, cuyo censo poblacional estuvo conformado por un total de 168 adolescentes en el tercer trimestre de gestación que acudieron a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Básico de Jipijapa, del cantón Jipijapa, provincia de Manabí, Ecuador. Previa firma de consentimiento informado, se procedió a realizar la recolección de los datos, empleando la técnica de la entrevista que se hizo efectiva a través de una encuesta, la cual, se utilizó el Test de Hamilton (1959), para determinar el grado de ansiedad. De igual modo, se elaboró una ficha validada por grupo de expertos en el área, donde se registró los datos adicionales, para conocer información sociodemográfica de la población: ocupación, nivel de escolaridad, estado civil y la estructura familiar. Registrándose de manera precisa si el embarazo de estas adolescentes diagnosticadas con algún nivel de ansiedad y/o depresión terminan en parto vaginal o cesárea, así como el Apgar y peso del recién nacido.

El análisis estadístico de los datos se ejecutó mediante una base de datos con el programa estadístico SPSS 19.0 para Windows, los resultados fueron presentados en tablas de distribución de frecuencia y porcentaje. Se aplicaron medidas de tendencia central, estadística descriptiva y se empleó coeficiente de correlación para determinar asociación entre variables, para un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas estudiadas, se revelan en la Tabla 1, donde predominó la edad de 17 a 19 años (51,2%), aunque las de 13 o menos años se presentó en el 22%, con una proporción mayor para la procedencia rural (71.4%) y solo el (28.6%) para la urbana, el 85,7% se identifica como Montubia. El nivel de estudio fue mayor para la secundaria incompleta (46,4%), el 27% se encontraba estudiando y 49,4% eran amas de casa.

Tabla 1.- Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital básico Jipijapa-Ecuador

Variable	Categorías	Número de casos (%)
Edad	10 a 13 años	37 (22%)
	14 a 16 años	45 (26,8%)
	17 a 19 años	86 (51,2%)
Procedencia	Rural	120(71.4%)
	Urbana	48 (28.6%)
Raza	Montubia	144 (85,7%)
	Mestiza	24 (14,3%)
Escolaridad	Primaria completa	59 (35,2%)
	Secundaria completa	19 (11,3%)
	Secundaria incompleta	78 (46,4%)
	Universitaria	12 (7,1%)
Oficio	Ama de casa	83 (49,4%)
	Doméstica	37 (22%)
	Estudiante	46 (27,4%)
	Comerciante	2 (1,2%)

Fuente: Arteaga L, et al (2020)
(%)= porcentaje

En la Tabla 2, se muestran las características sociodemográficas tales como: estado civil, convivencia, condición económica y apoyo familiar de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital Básico Jipijapa-Ecuador, en la cual, se observa que el estado civil soltera fue predominante (53%),

no obstante, un 47% vive en pareja (0,6% casada y 46,7% en unión libre), con el mismo porcentaje para las que viven con su pareja. Su condición económica muestra que el 17,9% viven en pobreza extrema, pero el 91,7% tiene apoyo familiar.

Tabla 2.- Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas según estado civil, convivencia, condición económica y apoyo familiar atendidas en el hospital básico Jipijapa-Ecuador

Variable	Categorías	Número de casos (%)
Estado Civil	Soltero	89 (53%)
	Casada	1 (0,6%)
	Unión libre	78 (46,4%)
Convivencia	Papá y mamá	44 (26,2%)
	Abuelo, padres, hermanos	45 (26,9%)
	Con su pareja	79 (47%)
Condición económica	Medio alto	39 (23,2%)
	Medio baja	99 (58,9%)
	Pobreza extrema	30 (17,9%)
Apoyo familiar	No	14 (8,3)
	Si	154 (91,7%)

Fuente: Arteaga L, et al (2020)
(%)= porcentaje

En la Tabla 3, se muestran las características ginecológicas de las adolescentes embarazadas incluidas en el estudio, y sus recién nacidos. En lo referido a las gestantes, se encontró que el 29,2% eran primigestas, el aborto ocurrió en el 27,4%, el parto vaginal en el 29,8% y en el 13,6% se realizó cesárea. El peso corporal de las gestantes mostró malnutrición en el 41,7%, distribuidos en 35,7%

para el bajo peso y 6% con sobrepeso; mientras la restricción uterina se diagnosticó en el 41,7%. Para los recién nacidos, se observó que el 36,9% de los neonatos tenían menos de 37 semanas de gestación, el 41,7% tenían bajo peso, y según, la puntuación APGAR, se presentó asfixia en 48,2% al minuto, que disminuyó a 36,3% a los cinco minutos.

Tabla 3.- Características ginecológicas de las adolescentes embarazadas incluidas en el estudio, y sus recién nacidos. Hospital básico Jipijapa. Ecuador.

Variable	Categorías	Número de casos (%)
Gestaciones	Ninguna	49 (29,2%)
	Aborto	46 (27,4%)
	Parto	50 (29,8%)
	Cesárea	23 (13,6%)
Peso gestacional	Bajo peso	60 (35,7%)
	Normal	98 (58,3%)
	Sobrepeso	10 (6%)
Restricción intrauterina	Si	70 (41,7%)
	No	98 (58,3%)
Edad neonatal	Menor de 37 semanas	62 (36,9%)
	Mayor de 37 semanas	106 (63,1%)
Peso neonatal	Peso bajo	70 (41,7%)
	Peso adecuado	98 (58,3%)
Deprimido al minuto	Si	81 (48,2%)
	No	87 (51,8%)
Deprimido a 5 minutos	Si	61 (36,3%)
	No	107 (63,7%)

Fuente: Arteaga L, et al (2020)
(%)= porcentaje

En la Tabla 4, se muestra la frecuencia de ansiedad en los adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico Jipijapa, Ecuador en la cual,

se observó que del 100% de la población estudiada, solo N=66 presentó un 39,9% de ansiedad en comparación al 60,7% que no presentó ansiedad.

Tabla 4.- Frecuencia de ansiedad en las adolescentes embarazadas atendidas en la consulta del hospital básico Jipijapa- Ecuador.

Test de Hamilton	Respuesta	Número de Casos	Porcentaje
Ansiedad	Si	66	39,3%
	No	102	60,7%

Fuente: test de Hamilton (2020)

La Tabla 5, muestra la relación entre la ansiedad presente en las adolescentes embarazadas estudiadas y el peso al nacer de sus recién nacidos.

Nótese que no existe relación entre estas dos variables (OR: 1,05. IC 95%: 0,56-1,97. Chi2: 0,026, P: 0,87).

Tabla 5.- Relación entre la ansiedad en las adolescentes embarazadas y el peso de sus recién nacidos. Hospital básico Jipijapa-Ecuador

Variable	Peso bajo	Peso Neonatal					
		Peso adecuado	OR	IC 95%	Ch2	Valor P	
Ansiedad	SI	28 (16,7%)	38 (22,6%)	1,05	0,56-1,97	0,026	0,87
	NO	42 (25,0%)	60 (35,7%)				

Fuente: test de Hamilton (2020)

Por último, en la tabla 6, se observó que la relación entre la ansiedad y el APGAR al minuto en los recién nacidos con asfixia, que existe asociación

significativa entre estas dos variables de $p < 0,05$ con (OR: 2,6, IC 95%: 1,1-3,87, Chi2: 5,15, P: 0,02), como se indica en la tabla.

Tabla 6- relación entre la ansiedad en la embarazadas adolescentes y los recién nacidos deprimidos al minuto de nacer según el apgar.

Variable	SI	Deprimido al minuto					
		NO	OR	IC 95%	Ch2	Valor P	
Ansiedad	SI	39 (16,7%)	27 (22,6%)	2,06	1,1-3,87	5,15	0,02
	NO	42 (25,0%)	60 (35,7%)				

Fuente: test de Hamilton (2020)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La edad, que predominó en el presente estudio fue de 17 a 19 años, con el 51,2%, valor menor a lo reportado por otros autores, cuya frecuencia va de 60% a 95,6%, en adolescentes embarazadas de Colombia, Cuba, Ecuador y Perú (Alcívar et al., 2022; Bonilla, 2021; Vega González et al., 2019; Heredia, 2018; González et al., 2016); concordando, que el rango de edad más frecuente corresponde a la adolescencia tardía, que según, la UNICEF (2020) abarca de los 17 a 21 años, mientras la OMS (2020) la señala de 15 a 19 años. En cualquier caso, esta etapa de la vida se caracteriza por falta de madurez, la cual, se alcanza entre los 25 a 30 años de edad (Gogtay, et al., 2004), y por ello, presentan conductas que suelen ser poco apropiadas ante situaciones poco favorables, afectando su futuro de manera impactante, entre estas: el inicio de la actividad sexual y una consecuencia es el embarazo.

El hospital Básico de Jipijapa, brinda atención a la población proveniente de la zona urbana, rural y zonas periféricas del Cantón de Jipijapa (Gobernación de Jipijapa, 2020), con un 54,85% correspondiente a la población urbana y más del 50% para las menores de 19 años (INEC, 2011).

Estos resultados presentan una proporción mayor para las gestantes provenientes del área rural (71.4%), atendidas en el mencionado hospital, un porcentaje mayor de lo esperado para esa zona (INEC, 2011). En El Salvador, se muestra una frecuencia del 69% de embarazos en niñas y adolescentes procedentes de zonas rurales (ODSR, 2022). Heredia (2018) en Colombia, indica que el 62,7% de las gestantes adolescentes estudiadas, proceden de la zona urbana, explicado porque el Hospital se ubica en una zona urbana y quienes acuden proceden de los barrios circunscritos a éste. En este caso, las zonas rurales están cercanas al hospital, facilitando la atención de la población.

Al respecto, se establece que la población que habita en el medio rural, se caracteriza por ingresos económicos bajos, deficiente inserción laboral en los procesos productivos, con trabajos poco calificados y sin seguridad social, con malas condiciones de su vivienda y del ambiente que lo rodea, déficit en los servicios de salud y educación (Jiménez et al., 2017), situación que alcanza a las adolescentes. Por otro lado, 85,7% de las adolescentes se identifica como Montubio, caracterizado por ser un pueblo mestizo de origen campesino, provienen del cruce de indígenas, blancos y negros africanos esclavos, que habitan en las zonas rurales de las

provincias costeras del país, como provincias de Guayas, Los Ríos, El Oro y Manabí (CCE, 2022), estando el hospital Básico Jipijapa en la provincia de Manabí, explica este resultado.

El nivel educativo de éstas gestantes, se observó mayormente para la secundaria incompleta (46,4%) y solo el 27,4% se encontraba estudiando; mientras el 49% eran amas de casa y 23,2% trabajadoras. Estos difieren de otros autores, quienes evidencian el 60% para amas de casa y 38,9% estudiantes en Ecuador (Alcívar et al., 2022), y en Colombia el 29,1% con secundaria incompleta, 50,9% amas de casa y 20% estudiantes (Heredia, 2018).

En ese sentido, se revela que el embarazo no planificado en una adolescente interrumpe su desarrollo educativo y afecta la capacidad de trabajar (Ortigoza et al., 2002). El nuevo rol de la adolescente como madre, se caracteriza por cumplir actividades de cuidadora de su nueva familia, más aún, si vive en pareja quienes son los encargados de proveer lo necesario para el hogar (Quintero et al., 2015), que en este caso correspondió al 47% de la muestra investigada.

Igualmente, la UNICEF (2017) señala, que el embarazo y la maternidad adolescente, impiden la prosecución estudiantil, siendo necesaria la educación que los lleva a capacitarse para su desarrollo, proporcionándoles conocimientos, competencias y confianza en ella misma, para lograr un mejor futuro para ella y su hijo.

Entre las causas de la maternidad adolescente, se indica el matrimonio, entre otras (Mazuera et al., 2017), pues, la familia se amplía cuando la adolescente contrae matrimonio o se unen, con su pareja viviendo en unión libre. Es necesario que la adolescente tenga un mayor entendimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos que se contraen, especialmente si existen actitudes poco favorables para el uso de métodos anticonceptivos, bien porque se posea poca información o por creencias en mitos socioculturales (Pacheco, 2015). Se reporta, que en países de ingresos bajos y medianos, ocurren matrimonios en más del 30% de las mujeres antes de los 18 años, y en 14% en las menores de 15 (OMS, 2020).

En el presente trabajo, el 47% de las adolescentes embarazadas se encontraban viviendo en pareja, 0,6% casadas y el resto en unión libre. Un estudio realizado en conjunto entre Venezuela y Colombia en adolescentes embarazadas, muestra cifras elevadas, para Venezuela del 63,8%, con 6,3% en matrimonio y 57,5% en unión libre; mien-

tras en Colombia el matrimonio fue del 30% (Mazuera et al., 2017). Las adolescentes que viven en pareja, casadas o en unión libre, tienen una mayor probabilidad de tener un embarazo, generalmente debido a la tendencia de no utilizar métodos anticonceptivos (Pacheco, 2015).

Por otro lado, se reporta una relación entre pobreza y embarazo adolescente, donde intervienen múltiples elementos socioculturales que constituyen fuentes de vulnerabilidad en las adolescentes. Las condiciones económicas presentes en las mujeres que viven en pobreza, vienen determinadas por sus experiencias en la socialización primaria y se exacerban aún más en la maternidad adolescente, quienes tienen pocos recursos para enfrentar la vida adulta (García, 2014). En este estudio, se observó que el 17,9% viven en pobreza extrema.

El embarazo en una adolescente, produce cambios importantes en la dinámica familiar y se reconoce como un elemento que causa tensión y conflictos en las relaciones de sus miembros, siendo la familia el principal soporte de esta adolescente y un factor de protección para su desarrollo y el de su hijo (Bensaja et al., 2012). En este estudio, se encontró un 91,7% del apoyo que los padres le brindan a su hija, diferente a lo reportado por (Carballo et al., 2013) en Uruguay, quienes encontraron 5% de apoyo emocional, 25% de apoyo social y 3,60% con apoyo económico de los padres a sus hijas adolescentes embarazadas.

Las características gestacionales de las adolescentes de este trabajo muestran que el 29% de las adolescentes eran primíparas, valor menor que el descrito por (Merchán, 2017) en Ecuador, quienes muestra un 55%. Es importante destacar, que los embarazos previos presentan un menor riesgo perinatal (Camargo et al., 2022), mientras en las primigestas existe un mayor riesgo durante el embarazo, el parto y posparto (Samaniego et al., 2021; Castañeda et al., 2021; Rodríguez, 2017).

El resultado anterior explica la frecuencia de abortos presentes, que fue del 27,4%, cifra mayor que el observado por otros autores en Ecuador, con 15% (Merchán et al., 2017). En México se revela, que uno de cada seis embarazos en adolescentes culmina en aborto, representando la 6^{ta} causa de muerte en este grupo poblacional (López, 2012). Para este grupo etario, se describe un mayor número de abortos (Fernández et al., 2004; Conde et al., 2000; Aparicio et al., 2019), predominantemente en la primera mitad de la gestación.

De igual manera, se evidencia que el 29,8% de las gestantes habían tenido partos eutócicos y 13,6% cesáreas. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, establece que la primera opción a considerar es el parto por vía vaginal para la terminación del embarazo (MSP, 2013), aunque se procederá de otra forma, según las condiciones de salud de la gestante y la maduración fetal (MSP, 2013; Camacho et al., 2015).

El riesgo perinatal en los recién nacidos de nuestras adolescentes, fue la prematuridad, con un 36,9% con menos de 37 semanas de gestación. El Parto pretérmino acontece en una gestación antes de las 37 semanas, es la causa principal de mortalidad neonatal en el mundo durante las primeras cuatro semanas de vida y la segunda en menores de cinco años (Piris et al., 2013), después de la neumonía, se indica una frecuencia de 53,6 % en adolescentes (Bojanini et al., 2004).

Así mismo, se ha relacionado la edad materna temprana y el parto pretérmino, con el bajo peso al nacer, debido a la inmadurez funcional de las estructuras ginecológicas, los cambios en el organismo materno y un feto que requiere de los nutrientes para su normal funcionamiento, aportados por su madre (Raatikainen et al., 2006). La mortalidad referida en los prematuros es del 21,9%, quienes además presentan bajo peso, sugiriendo que la mortalidad neonatal aumenta conforme es menor el peso al nacer (Martínez et al., 2017).

En Ecuador se observa una incidencia creciente de partos pretérmino, que va de 5,45% en 1981 a 11,33% en 2006, con una elevada morbimortalidad neonatal, generando un incremento de los costos en la atención sanitaria (Recalde, 2014; Guevara et al., 2015). Para el 2015, se reporta un 60% de adolescentes con parto pretérmino, en quienes se identificaron factores de riesgos maternos, como infección urinaria y anemia, entre otros (Ontano et al., 2018).

Otro aspecto significativo a considerar durante el embarazo, lo constituye el estado nutricional, pues la malnutrición materna, bien por peso bajo o deficiente, o con sobrepeso u obesidad, afecta el desarrollo normal del embarazo (Pinzón, 2017), especialmente cuando ocurre en edades extremas como la adolescencia, pues, favorecen la aparición de enfermedades en cualquier etapa del embarazo, parto o después de este (González-Lorenzo et al., 2019). En este estudio, las adolescentes embarazadas mostraron bajo peso en el 35,7% y 6% de

sobrepeso, cifras similares que las encontradas por Franco et al (2019), pero menores que las de Zamora et al., (2018), ambos en Ecuador.

Esta última característica, entre otras, afecta el desarrollo normal del feto en el ambiente intrauterino que es regulado por factores maternos (Desnutrición y alteración del estado de ánimo, alcoholismo, drogadicción, etc.), fetales y placentarios. Cuando el feto no muestra su potencialidad genética de crecimiento, se denomina Restricción de Crecimiento Fetal (RCF), que se debe diferenciar de los neonatos pequeños para su edad gestacional. La RDF diagnosticada después de las 34 semanas de gestación, puede inducir alteración metabólica, neurológica y cardiovascular en la vida adulta (Sepúlveda et al., 2014; Figueras et al., 2014). En el presente estudio se encontró RCF en 41,7%, Romero et al (2020), reportan el 57,89% en adolescentes embarazadas en Ecuador.

Entre otras, repercusiones perinatales que se presentan en los recién nacidos producto de embarazadas adolescentes, se encuentra: el bajo peso al nacer (Lezcano et al., 2005; Birhanu et al., 2019). En este estudio, el 41,7% de los recién nacidos mostró bajo peso; en Perú se reporta de 3,3% y 2,4% en adolescentes embarazadas (Hernández et al., 2019; Herrera, 2015). Mientras que, para el APGAR hemos evidenciado depresión en el 48,2% y 36,3% al primer minuto y cinco minutos después, respectivamente; cifras diferentes que las encontradas en otras regiones de Latinoamérica con 17,3% y 3,8% en Cuba (Regueiferos et al., 2011), y en Perú en 5,3% y 2,2% (Leyva et al., 2018).

Ahora bien, el embarazo en adolescentes no solo afecta el área biológica, sino que abarca otras esferas como la social, económica y emocional, que no llevan a la muerte física, pero sí condicionan dificultades en la vida de la adolescente, que le llevan a tomar decisiones comprometiendo su futuro (Martich, 2017); denominándose "Síndrome del Fracaso", que afecta tanto a la madre como a su hijo (Gálvez et al., 2016). En la parte socioeconómica se describe el abandono de los estudios por parte de las gestantes adolescentes, aumento de la exclusión y la pobreza, con pocas oportunidades laborales y con un hijo que vivirá en un ambiente inestable y precario (Molina et al., 2019). Estos aspectos pueden propiciar alteración del estado emocional, con sentimientos de culpa y frustración (Mora et al., 2015).

Entre los efectos sobre la esfera emocional en las gestantes se encuentra la ansiedad, entre otros; sus síntomas podrían ser explicados por los cambios producidos a nivel hormonal, de neurotransmisores, y por el uso de agonistas B adrenérgicos durante el parto, entre otros; sin olvidar el diagnóstico diferencial que se debe hacer con enfermedades como el hipertiroidismo que puede estar presente en la gestante (Wedel, 2018).

En ese sentido, la ansiedad se asocia con riesgo aumentado de pre-eclampsia, en la madre y en el neonato el bajo peso al nacer; además, se reconoce como un factor de riesgo elevado para el déficit atencional, inmadurez psicomotora, hiperactividad, desórdenes conductuales y ansiedad, que se manifestaran más tarde en el niño. De igual manera, puede ser causa del trabajo de parto pretérmino, un neurodesarrollo fetal alterado y el Apgar con baja puntuación (Wedel, 2018; Dunkel et al., 2012).

En este trabajo se encontró el 39,3% de adolescentes embarazadas con ansiedad, sin asociación con el peso neonatal, pero sí, con el Apgar al minuto de nacido. La frecuencia de ansiedad muestra una cifra más baja que la reportada por otros autores, quienes la revelan en el 68,9% con un alto nivel de ansiedad (Vega et al., 2019). Por otra parte, la ansiedad en las madres adolescentes induce un mayor porcentaje de morbilidad neonatal, al encontrarse con puntaje de AGPAR indicativo de asfixia neonatal, y mayor porcentaje de Distrés Respiratorio y Sepsis (Saeteros et al., 2018), más aún cuando el recién nacido proviene de una edad gestacional menor a 37 semanas.

En conclusión, los resultados muestran que un 39,3 % de las adolescentes embarazadas presentaron ansiedad, la cual, está relacionada con el puntaje del Apgar del recién nacido al minuto de nacer, pero no con su peso. Es recomendable la implementación de estrategias que lleven a disminuir el embarazo en la adolescencia a fin de mejorar la calidad de vida de la referida población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcívar, W. M., Lajone, J. L., Escala, N. P. y Ganchozo, D. F. (2022). Repercusión psicosocial del embarazo en la adolescencia. *MV*. 4(3): 1-10. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0134>
- Aparicio, J.R. y Salcedo, S. T. (2019). Complicaciones obstétricas en multigestas adolescentes. *Hospital Nacional Dos de mayo 2009-2013. DIAGNÓSTICO*. 58(1):17-22.
- Apgar, V., Holiday D. A., James, L. S., Weisbrot, I. M. y Berrien C. (1958). Evaluation of the newborn infant: second report. *JAMA*. 168: 1985-8.
- Arias, M. (2022). Evolución de la normativa relacionada a la educación integral de la sexualidad en Ecuador e instrumentos vigentes para su abordaje. *Revista Mamakuna*, 19. <http://repositorio.unae.edu.ec/handle/56000/2644>
- Arteaga-Cedeño, W. L., Carbonero-Martín, M. Á., Martín-Antón, L. J., & Molinero-González, P. (2022). The Sociodemographic-Professional Profile and Emotional Intelligence in Infant and Primary Education Teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), Article 16. <https://doi.org/10.3390/ijer-ph19169882>
- Aspiazu, S., y Páez, C. (2022). Sexualidad, cuerpo y educación. Currículo oculto de educación sexual en Ecuador en el periodo 2015-2016. *Revista del Instituto de Investigaciones en Educación*, 13(17), Article 17. <https://doi.org/10.30972/riie.13175832>
- Birhanu, B., Kebede, D., Kahsay, A. y Bekele, A. (2019). Predictors of teenage pregnancy in Ethiopia: a multilevel analysis. *BMC Public Health*. 19(601). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6845-7>
- Bojanini, B. y Gómez, D. (2004). Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 55(2): 114-121
- Bonilla-Sepúlveda, O. A. (2021). Estrés, ansiedad y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia). *Medicina U.P.B.* 40 (1): 2-9.
- Calle, J. J. (2013). Depresión y embarazo. *Memorias Curso De Actualización Ginecología y Obstetricia*. 19: 43. https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/17519
- Camacho-Terceros, L. y Berzaín-Rodríguez, M. (2015). Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. *Rev Científica Ciencia Médica*. 18(1): 50-55. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426041256010>
- Camargo-Reta, A. L., Estrada-Esparza, S. Y. y Reveles-Manríquez, I. J. (2022). Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. *Ginecol Obstet Mex*. 2022;90(06):496-503.

- Carballo, V., Gadea, S., González, L., Riva, L. y Vieyto, R. (2013). Percepción de los integrantes del equipo de salud sobre el apoyo familiar a la embarazada adolescente. Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Uruguay <https://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2013/FE-0511TG.pdf>
- Carbonero-Martín, M. Á., Arteaga-Cedeño, W. L., Martín-Antón, L. J., & Molinero-González, P. (2022). Group Segmentation as a Strategy for Implementing the Intervention Programme in Emotional Education for Infant and Primary Teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), Article 23. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315702>
- Casa de la Cultura de Ecuador (CCE). (2022). Los Montubios. <https://casadelacultura.gob.ec/post-noticias/montubios/>.
- Castañeda, J., Santa-Cruz-Espinoza, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*. 20, 2 (abr. 2021), 109–128. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.43871>
- Castillo, A. (2017). Apoyo familiar y su relación con síntomas de ansiedad y depresión en madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N°3-Loja. Tesis. Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.
- Conde, A., Belizán, J. M. y Díaz-Rossello, J. L. (2000). Epidemiology of pregnancy in Latin America. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 79:371-8
- Dunkel, C., Tanner, L., Anxiety, depression and stress in pregnancy. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25:141–8
- Fernández, L. S., Carro, E., Osés, D. y Pérez, J. (2004). Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 30 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200003&lng=es
- Figueras, F. y Gratacos, G. (2014). Update on the diagnosis and classification on fetal growth restriction and proposal of an stage-basal management protocol. *Fetal Diagn Ther*. 36:86-98
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia de las Naciones Unidas (UNICEF). (2016). Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation (Washington D.C., USA, August 29-30. https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reducci%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescenc.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia de las Naciones Unidas (UNICEF). (2017). Embarazo y maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina. <https://138.219.40.12/bitstream/handle/123456789/1227/embarazo%20y%20maternidad%20adolescente%20con%20logo%20HCDN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Franco, K., Holguín, M. y Gordillon, M. (2019). Valoración nutricional de enfermería en adolescentes embarazadas. *Espirales*. 3(29): 48. DOI:10.31876/er.v3i29.590
- García, G. E. (2014). Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. núm. 77 año 35. DOI: <http://dx.doi.org/10.28928/ri/772014/atci/garciahernadez>.
- Gebresilassie, B., Belete, T., Tilahun, W., Berhane, B. y Gebresilassie, S. (2019). Timing of first antenatal care attendance and associated factors among pregnant women in public health institutions of Axum town, Tigray, Ethiopia, 2017: A mixed design study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2490-5>
- Gobernación de Jipijapa. Ecuador. (2020). Por un Jipijapa saludable. <https://jipijapa.gob.ec/index.php>
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., Nugget, T. F., Herman, D. H. , Clasen LS, Toga AW, Rapoport L, Thompson PM. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 101: 8174-8179.
- González-Lorenzo L, Martín Dipoté MI, Castro-Martínez JA. (2019). Caracterización clínica y epidemiológica en gestantes adolescentes. *Medicent Electron*. 23(3): 261-270.
- González-Sábado R, Martínez-Cárdenas A, Martínez-González A, Martínez-González O, Mariño-Márquez E. Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes. (2016). Propuesta de evaluación en el nivel primario. *MULTIMED*. 20 (1). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/141>

- Guevara Díaz WD, Vayas Valdivieso WA. (2015). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda, período 2013-2015. Tesis. UNIANDES.
- Hamilton Max R. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.*32: 50-55
- Heredia Rojas Y. (2018). Condición del estado civil y nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes. Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Cajamarca Facultad de Ciencias de la Salud. Colombia
- Hernández Maldonado C, Rosales Rimache J. (2019). Asociación entre embarazo adolescente e hiperrubinemias y bajo peso al nacer: Cohort retrospectiva en un hospital en Perú. 2015-2016. *Anales de la Facultad de Medicinas.* 80 (2): 150-156. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.802.16407>
- Herrera Risco J. (2015). Relación entre la ganancia ponderal de la gestante y el peso del recién nacido en el Centro Materno Infantil "Cesar López Silva" del Distrito de Villa El Salvador, Lima. Perú 2011. Tesis Universidad Nacional Mayor de san Marcos Perú.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). (2010). Cantón Portoviejo. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos \(INEC\). \(2011\). Cantón Jipijapa. https://ecuadorencifras.gob.ec](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Instituto%20Nacional%20de%20Estadísticas%20y%20Censos%20(INEC).%20(2011).%20Cantón%20Jipijapa)
- Jiménez González A, Granados Cosmes JA, Rosales Flores RA. (2017). Embarazo en adolescentes en comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto. *Rev Salud Pública México.* 59 (1): 11-18. <https://doi.org/10.21149/8410>
- Leonetti L, Martins M. (2007). Ansiedad materna en el periodo prenatal y postnatal. *Latino-Americana de Enfermagem.* 15 (4): 169-176.
- Lezcano SA, Vallejos Arce MS, Soderro H. (2005). Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. *Rev Posgr Vía Cátedra Med.* 149:6-8
- López Rodríguez (2012). Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Revista Cubana de Enfermería.* 28(1):23-36. http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n1/enf_04112.pdf.
- Ma, X., Wang, Y., Hu, H., Tao, X. G., Zhang, Y., & Shi, H. (2019). The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai. *Journal of Affective Disorders,* 250, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.058>
- Martínez-CancinogA, Díaz-Zagoya JC, Romero Vázquez A. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud en Tabasco.* 23(1): 13-1.
- Matute M, Jarrín G. (2016). *Ecuador familia en cifras 2016.* 2da edicion. EDILOJA. Loja. Ecuador.
- Mazuera-Arias R, Uribe PM, Albornoz-Arias M, Cuberos MA, Vivas-García M, Carreño-Paredes MT. (2017). Análisis comparativo de la Maternidad adolescente en la frontera Norte de Santander-Táchira. Capítulo II. La familia y el estado civil en la maternidad adolescente. Datos del Táchira (Venezuela) y Norte de Santander (Colombia). https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2817/Cap_2%20La%20familia%20y%20el%20estado%20civil.pdf sequence=6&isAllowed=y
- Merchán D, Mora M (2017). Factores psicosociales que influyen en gestantes adolescentes, INNFA, Sucúa. Tesis Universidad de Cuenca, Ecuador. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28339/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo. Quito, Ecuador.
- Molina Gómez A, Pena Olivera R, Díaz Amores C, Antón Soto M. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 45(2). <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/218/341>
- Mora Cancino AM, Hernández Valencia M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana.* 29(2):76-82. Instituto Nacional de Perinatología, México. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
- Ontano Moreno MA, Farfan Jaime GE, Avilés Jordán GR, Zamora Looor BG. (2018). Incidencia de parto pretérmino en adolescentes de 12 a 17 años en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo mayo 2017 hasta enero. *Reciamuc.* 2(2): 332-345. DOI: 10.26820/reciamuc/2.2.2018.332-345.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). El embarazo en la adolescencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

- who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OPS/FPNU/UNICEF). (2016). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. E.E.U.U.
- Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum*. 15(1):11-20.
- Ortigoza Corona E, Padilla Yasso PY, López Ortiz R. (2002). Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Mex*. 70:28-35.
- Pacheco Sánchez C. (2015). Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 14(29): 62-82. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys14-29.asse>
- Pinzón Espiltia OL. (2018) Riseo nutricional en gestantes hospitalizadas. *Nutr Clin Diet Hosp*. 37(2) 53-57. DOI: 10.12873/373pinzon 17.
- Piris Borregas S, Almansa González C, Gómez Romero M, Lorenzo Hernando E. (2013). *Manual AMIR: Ginecología Y Obstetricia*. 6th ed. Ed. Academia de Estudios Mir. Madrid
- Presidencia de la República del Ecuador-Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica. (2015). *Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia*. https://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/k_proyecto_plan_familia_2015.pdf
- Quintero A, Rojas H. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis de la perspectiva de madres adolescentes. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*.;(44). <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608016.pdf>
- Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo P, Heinonen S. (2006). Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *Eur J Public Health*. 16(2): 157-161
- Ramírez D. (2013). *Funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF N°. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México 2012*. Tesis. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina*. 4(1): 24-27.
- Recalde Bermeo MR. (2014). Factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes que ingresan al centro de maternidad del servicio de ginecología-obstetricia del hospital provincial general Latacunga en el mes noviembre 2012-abril del 2013. Tesis. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador
- Regueíferos Salfran M, Faviel Noel R, Chacón Pérez N, Simono Charadan AM, Parsons Pérez L. (2011). Incidencia de bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes. *Rev Informática Científica*. 72 (4). <https://www.redalyc.org/articulos.oa?id+551757294006>.
- Ríos F. (2016). *Ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Referencia de Ayabaca, 2016*. Tesis. Universidad Alas Peruanas, Piura, Perú.
- Rodríguez Valencia MA. (2017). *Complicaciones del embarazo en adolescentes primigestas en el Hospital de la Mujer Aguascalientes*. Tesis. Universidad Autónoma de Aguascalientes. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/332>.
- Romero Viamonte K, Vega Falcon V, Salvant Tames A, Sanchez Martinez B, Bolanos Vaca K. (2020). Factores de riesgo materno que retrasan el crecimiento intrauterino en gestantes adolescentes del Hospital General Docente Ambato, Ecuador. *Rev Cubana Obste Ginecol* 40 (6). <https://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/414/505>.
- Ruiz G, Heidi G, López A, Cortaza L, Carrillo I. (2017). Prevalencia de depresión en embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. *Universidad Veracruzana*. 4 (12): 25-30.
- Saeteros Cordero X. (2018). Recién nacido hijo de madre adolescente: riesgos maternos y morbilidad neonatal en el servicio de neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Julio- Octubre. 2018. *Rev Ecuat. Pediatr*. 19 (1): 18-24.
- Samaniego Namicela EG, Calva Bereche WB, Vera Rentería PA. (2021). Complicaciones obstétricas en adolescentes primigestas con infección de vías urinarias. *Revista Científica "Conecta Libertad"*. 5(2): 62-71.

- Sepúlveda E, Fátima Crispi B, Andrés Pons G, Eduard Gratacos E. (2014). Restricción de crecimiento intrauterino. *Rev. Medica Clínica Las Condes*. 2 (6): 958-963. DOI 10.1016/S0716-8640(14)70644-3.
- UNICEF. (2023, January 3). Embarazo en la adolescencia: Fabiana se enfoca en sus estudios para tener mejores oportunidades en Ecuador. <https://www.unicef.org/ecuador/historias/fabiana-se-enfoca-en-sus-estudios-para-tener-mejores-oportunidades-en-ecuador>
- Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5): 312-320. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>
- Valadares, G., Drummond, A. V., Rangel, C. C., Santos, E., & Apter, G. (2020). Maternal Mental Health and Peripartum Depression. In *Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide* (pp. 349–375). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8_24
- Vega-Gonzales E, Guerrero Rosa A, Guzmán Castillo B, Huamaní Morales E, Herrera Chenett G. (2019). Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 4(3): 3–7.
- Wedel Herrera K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*. 3(1): 3 – 8.
- Zamora Ceballos AL, Piloso Gómez Coronel Loor GR, Ponce Loor WS, Aecinirgas Chancay MC, Regalado Pincay JE. (2018). Nutrición y anemia en las gestantes adolescentes. *Reciamuc*. 2 (3): 212-228. DOI: 10.26820/reciamuc/2