



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Bonilla-Sepúlveda, Óscar Alejandro
DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y NO
EMBARAZADAS EN MEDELLÍN (COLOMBIA) 2009. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 61, núm. 3, 2010, pp. 207-213
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195215351004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS EN MEDELLÍN (COLOMBIA) 2009. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Depression and associated factors in pregnant and non-pregnant adolescent women in Medellín, Colombia, 2009. Cross sectional study

Óscar Alejandro Bonilla-Sepúlveda, M.D.*

Recibido: febrero 22/10 – Aceptado: agosto 27/10

RESUMEN

Objetivo: conocer la prevalencia de trastorno depresivo en dos grupos poblacionales de mujeres adolescentes, definir su perfil epidemiológico y su asociación con embarazo.

Metodología: el presente es un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 125 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en el año 2009 y 125 adolescentes no embarazadas estudiantes del colegio Jorge Eliécer Gaitán de la ciudad de Medellín (Colombia). Las participantes respondieron una encuesta de Zung para diagnóstico de depresión.

Resultados: en las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue del 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16,8%. Se describen los factores de riesgo en los dos grupos.

Conclusiones: la depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en Medellín (Colombia).

Palabras clave: adolescente, depresión, embarazo no deseado, sociedad.

SUMMARY

Objective: ascertaining the prevalence of depressive disorder in two population groups of adolescent females, defining their epidemiological profile and association with pregnancy.

Methodology: this was a descriptive cross-sectional study which included 125 pregnant adolescents who were being attended at the Luz Castro de Gutiérrez hospital during 2009, and 125 non-pregnant adolescents attending the Jorge Eliécer Gaitán school in the city of Medellín in Colombia. The participants all filled in the Zung questionnaire for diagnosing depression.

Results: the prevalence of depression in pregnant adolescents was 32.8% and 16.8% in the group of non-pregnant students. Risk factors were described in both groups.

Conclusions: depression was a frequently occurring health problem in the group of pregnant adolescent females attending the Luz Castro de Gutiérrez hospital in Medellín, Colombia.

Key words: adolescent, depression, unwanted pregnancy, society.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, según la OMS, es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad

* Médico Gineco-obstetra, Universidad CES, Clínica Saludcoop. Medellín (Colombia). Correo electrónico: oscaralejandrobbonilla@hotmail.com

reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; dicho período fija sus límites entre los 10 y 19 años.^{1,2} La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez que se reflejan en la esfera anatómica, fisiológica, social y cultural.³

Actualmente, hay más de mil millones de adolescentes en el mundo. De esa cifra, 85% se encuentran en los países en vías de desarrollo y más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Asimismo, el 10% de los partos acontece en adolescentes y la muerte materna es de 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años.⁴ El embarazo no planeado en una adolescente puede repercutir sobre su esfera social, interrumpe el proyecto educativo y genera la necesidad de trabajar, todo lo cual se refleja en su situación económica y en la salud de sus hijos.⁵

Muchos inconvenientes se suscitan dado que la adolescente siente el rechazo del entorno y experimenta inmadurez biopsicosocial, lo cual constituye un grave problema de salud pública tanto en América Latina como en el resto del mundo. Desde el punto de vista médico y social, esta se considera como una situación de riesgo.^{6,7}

Desde la perspectiva médica, en este grupo de edad se ha descrito un mayor número de casos de abortos, anemia, infecciones urinarias, vaginosis, bacteriuria asintomática,^{2,3} preeclampsia-eclampsia,^{4,8,9,10} malnutrición materna,^{2,11} parto prematuro,^{2,3,8,12} rotura prematura de membrana^{2,3,7} y cesárea.^{6,8,9,13} Por otra parte, dentro de los embarazos en la población de 16 años o menos existe un riesgo más elevado para el hijo,^{12,13} que incluye hospitalización en neonatología, defectos del tubo neural, mortalidad perinatal y bajo peso al nacer.^{2,4,6,11,12,14} Igualmente, se ha descrito una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas.¹⁵

Entre los adolescentes, es mayor la probabilidad de padecer depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios de identidad y autonomía.¹⁶ Se ha descrito que en los adolescentes la prevalencia de depresión es de 3 a 17%.^{17,18} La depresión se

manifiesta como un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés aunque en los adolescentes se puede manifestar de otras formas como irritabilidad, cambio de apetito o de peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración y de culpa, dificultad para pensar, ideación suicida, pobre auto cuidado de la salud,¹⁹ y a través de 4 problemas típicos de la adolescencia: abuso de sustancias, iniciación sexual temprana y embarazo, deserción o problemas escolares y delincuencia.^{12,20} También se ha descrito que la depresión es más frecuente en el grupo de madres adolescentes respecto a otros grupos de edad.²¹ Por otra parte, hay evidencia que muestra una mayor prevalencia de depresión entre las mujeres embarazadas del 17,9%, que alcanza una frecuencia del 40,1% en aquellas con embarazos no planeados y complicaciones del embarazo, como también una frecuencia del 7,1% de depresión posparto.^{22,23} Aunque existe información sobre la magnitud del problema del embarazo en adolescentes en Colombia,²⁴ los datos son escasos sobre la frecuencia de la depresión en madres adolescentes en este país. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de la depresión y describir los factores asociados en un grupo de madres adolescentes atendidas en una institución hospitalaria, como una estimación de la magnitud del problema en Colombia.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio analítico de corte transversal que incluyó mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas entre los años 2008 y 2009.

Población

Las adolescentes embarazadas (Grupo 1) fueron seleccionadas entre aquellas atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico (ARO) del Hospital Luz Castro de Gutiérrez (Hospital General de Medellín [HGM]) ubicado en el noroeste de Colombia, un hospital de carácter público, centro de referencia de tercer nivel, que atiende a pacientes afiliados

al régimen subsidiado de seguridad social. Por su parte, las adolescentes no embarazadas (Grupo 2) fueron seleccionadas de los grados 6° a 11° de bachillerato del colegio Jorge Eliécer Gaitán (JEG), de carácter público y ubicado en el sector Robledo Miramar que pertenece mayormente a estratos socioeconómicos bajos de la ciudad de Medellín, Colombia. La muestra se calculó aplicando la fórmula de Joseph Fleiss,²⁵ con una confianza de 95%, un poder de 80% y un OR de 2,5, teniendo en cuenta que la prevalencia de trastorno depresivo en la población general es del 15%. El tamaño de la muestra quedó distribuido de modo que se ubicaron 125 participantes en cada grupo de estudio. En los dos grupos se realizó muestreo secuencial consecutivo y la propuesta de investigación fue aprobada por el comité de ética médica del HGM. Igualmente, con el fin de involucrar a las pacientes, estas fueron informadas acerca del tipo de estudio y las interesadas aceptaron participar de manera voluntaria y firmaron consentimiento informado.

Procedimiento

Las participantes respondieron una encuesta con el fin de estudiar sus características epidemiológicas y sociodemográficas. La encuesta fue proporcionada por el investigador a los dos grupos de pacientes. Para el diagnóstico, se utilizó la escala de Zung, una escala psicométrica compuesta por 20 preguntas, cada una con 4 posibles opciones de respuesta que valoran el estado de ánimo. Dicha escala tiene un rango de puntuación de 20 a 80 puntos y se interpreta de acuerdo a los siguientes puntos de corte: no depresión <50 puntos, depresión leve 51-59 puntos, depresión moderada 60-69 puntos, depresión grave >69 puntos. Esta escala tiene unos aceptables índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%), con índices de fiabilidad buenos de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades e índice de Cronbach entre 0,79 y 0,92.²⁶ Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0,50 y 0,80.²⁷⁻²⁹

Igualmente, la escala de Zung ha sido ampliamente utilizada y la puntuación total no se altera por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, económico ni inteligencia y se encuentra validada al español para América Latina.^{30,31}

Se evaluaron las siguientes variables de la población estudiada: edad, estrato socioeconómico, nivel de estudio, estado civil, ocupación, planeación del embarazo, deseo de tener mas hijos, calidad de las relaciones familiares, calidad de la relación de pareja, consumo de drogas, consumo de alcohol, tabaquismo, conocimiento de métodos anticonceptivos, antecedente de planificación, edad de inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, infecciones de transmisión sexual, así como el puntaje en la escala de Zung sobre trastorno depresivo. Para el análisis, se utilizó el programa estadístico EPI Info[®] versión 6.0 (CDC, Atlanta). Se resume la información de las variables continuas mediante la mediana y el rango intercuartílico [RIC] y las variables categóricas como proporciones. Por su parte, los resultados de trastorno depresivo se reportan como prevalencias. Se determinó distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se realizó análisis bivariado de las variables continuas por medio de la prueba U Mann-Whitney. Finalmente, el análisis bivariado de las variables categóricas se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado.

Consideraciones éticas

En la elaboración del presente documento no se publican nombres, documentos de identidad o cualquier otra información que pudiera vincular a las pacientes y que pudieran ser objetos de violación de la privacidad.

RESULTADOS

En el grupo de mujeres embarazadas, la mediana de la edad fue de 17 (RIC 2) y en el grupo de estudiantes fue de 13,5 (RIC 2). Las otras características sociodemográficas se describen en detalle en la **tabla 1**. Por otra parte, en el grupo 1 la mediana para la edad de iniciación de relaciones sexuales fue de 15 años

Tabla 1. Comparación de las características de las poblaciones de adolescentes en Medellín (Colombia).

Variable	Grupo 1 (n= 124) n (%)	Grupo 2 (n= 125) n (%)	Valor p
Estrato 1 y 2 3 y 4	109 (87,2%) 16 (12,8%)	94 (75,8%) 30 (24,1%)	0,021
Escolaridad Primaria Secundaria Otros	25 (20,1%) 84 (67,7%) 15 (12,1%)	2 (1,63%) 120 (97,5%) 1 (0,81%)	<0,00
Estado Civil Casada Soltera Unión libre Viuda	4 (3,2%) 59 (47,2%) 60 (48%) 2 (1,6%)	0 100 (96,4%) 6 (5,6%) 1 (0,93%)	<0,00
Ocupación Empleado Sin empleo Estudiante Ama de casa	4 (3,2%) 10 (8,06%) 30 (24,1%) 79 (63,7%)	1 (0,8%) 2 (1,6%) 121 (97,5%) 0	<0,00
Relaciones familiares n (%) Buena Regular Mala	94 (75,2%) 29 (23,2%) 2 (1,6%)	101 (75,2%) 21 (26,2%) 1 (0,8%)	0,42
Relación de pareja n (%) Buena Regular Mala	n=122 85 (69,6%) 16 (13,1%) 21 (17,2%)	n=43 40 (93%) 2 (4,6%) 1 (2,3%)	0,008
Consumo de alcohol n (%) Sí No	9 (7,2%) 116 (92,8%)	8 (6,4%) 116 (93,5%)	0,81
Tabaquismo n (%) Sí No	8 (6,4%) 117 (93,6%)	6 (4,8%) 118 (95,1%)	0,59
Conocimiento sobre planificación n (%) Sí No	89 (71,2%) 36 (28,8%)	78 (63,4%) 45 (36,5%)	0,19
¿Ha planificado? n (%) Sí No	24 (19,2%) 101 (80,8%)	5 (4%) 118 (95,9%)	<0,00
Inicio vida sexual n (%) ≤ 13 años > 13 años	6 (4,8%) 119 (95,2%)	111 (90,2%) 12 (9,7%)	<0,00
Nº compañeros sexuales n (%) 1 a 2 3 a 4 5 o más	101 (81,4%) 17 (13,7%) 6 (4,8%)	n=15 14 (93,3%) 1 (6,6%) 0	0,48
ETS n (%) Sí No	2 (1,6%) 123 (98,4%)	0 124 (100%)	0,49

(RIC 2) y para el número de compañeros sexuales fue de 1 (RIC 1). En el grupo 2, la mediana para la edad de iniciación de relaciones sexuales fue 16 (RIC 2) y para el número de compañeros sexuales fue de 0 (RIC 0). Asimismo, se realizaron comparaciones entre los grupos 1 y 2, a partir de las cuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la edad, inicio de relaciones sexuales y número de compañeros sexuales ($p < 0,00$).

En el grupo 1, el 77,7% tenían más de 15 años de edad y el 71,2% afirmaron tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos, pero de las que ya iniciaron relaciones sexuales sólo el 19,8% utilizan algún método de planificación familiar. El 59% de las adolescentes embarazadas no planeó el embarazo y el 77% no desea tener más hijos por ahora. Se realizó un análisis bivariado después del cual se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estrato socioeconómico, la escolaridad, el estado civil, la relación de pareja, la planificación previa y el inicio de la vida sexual.

Con respecto al trastorno depresivo, en el grupo 1 se encontró una prevalencia del 32,8%, mientras que en el grupo 2 fue del 16,8%. Además, al comparar el grupo de jóvenes embarazadas con el grupo de jóvenes estudiantes no embarazadas se encontró que las primeras sufrieron más de depresión, con un OR 2,42 (IC95% 1,28-4,6) y entre estas hubo un mayor número de casos de depresión moderada y severa ($n=19$, 15,2%) con respecto al grupo 2 ($n=5$, 4%). Los resultados se presentan en la **tabla 2**.

DISCUSIÓN

En el grupo de estudiantes de colegios públicos, se encontró una prevalencia de depresión del 16,8%, similar al que se reporta en los libros de psiquiatría, donde el trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia del 15%.³² Chandra et ál, quienes encontraron una prevalencia en adolescentes de poblaciones urbanas del 17,9%²³, y Marcus et ál refirieron un resultado semejante en un grupo de adolescentes en Estados Unidos.²⁴

En el grupo de madres adolescentes, se encontró una prevalencia de depresión del 32,8%, lo cual da cuenta de una prevalencia dos veces mayor a la de la población general, con mayor número de casos de depresión moderada y severa. Un hallazgo similar se reporta en el estudio de Trejo et ál en México, quienes encontraron una prevalencia de depresión moderada del 33%.³³ Igualmente, hay investigaciones³² que reportan prevalencias del 25% en grupos etéreos jóvenes.

En cuanto al nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos y uso de métodos de planificación, nuestros resultados son similares a los presentados por Alvarado et ál en un estudio de cohorte en 208 mujeres embarazadas, en el cual se encontró que el 55,7% no había planificado su embarazo.³⁴

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la depresión en las mujeres embarazadas, Berthiaume et ál llevaron a cabo un estudio, en el que evaluaron la sintomatología depresiva de un grupo de 350 mujeres a principios del segundo

Tabla 2. Frecuencia de trastorno depresivo.

Depresión		Grupo 1		Grupo 2	
1. Depresión (test Zung)	Rango	n	%	n	%
Normal (sin depresión)	<40	84	67,2	104	83,2
Leve	41-47	22	17,6	16	12,8
Moderada	48-55	13	10,4	5	4
Severa o grave	>55	6	4,8	0	0
	Total	125	100%	125	100%

trimestre de gestación. Los resultados indican que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión preparto.³⁵

Es importante intervenir los factores de riesgo, ya que se ha demostrado que implementando programas de control destinados especialmente a las adolescentes embarazadas se mejoran los resultados maternos y perinatales sin que se presente mayor riesgo en cuanto a resultados obstétricos respecto a las mujeres adultas embarazadas.³⁶

Como debilidad del estudio, se encuentra que los grupos analizados podrían presentar ciertas diferencias poblacionales, la población hospitalaria podría tener un mayor riesgo de depresión por estar clasificada como de alto riesgo obstétrico o por presentar patología concomitante³⁶ y que los datos no son generalizables por ser una muestra por conveniencia.

CONCLUSIONES

Hay una mayor prevalencia de depresión en las madres adolescentes atendidas en el HGM en comparación con las adolescentes no embarazadas del colegio Jorge Eliécer Gaitán de Medellín. Se requieren nuevos estudios para confirmar la magnitud del problema a nivel local y regional

AGRADECIMIENTOS

A las Doctoras Yolanda Torres de Galvis y Diana Carolina Beltrán Torres como asesoras metodológicas en la elaboración y desarrollo del estudio epidemiológico, a los directivos y funcionarios del Hospital Luz Castro de Gutiérrez y al colegio Jorge Eliécer Gaitán de Medellín.

Trabajo realizado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CES. Medellín (Colombia).

REFERENCIAS

1. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. *Rev Posgr Vía Cátedr Med* 2001;107:11-23.
2. Fernández LS, Carro E, Osés D, Pérez J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes.

Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;30(2). Visitado el 21 de agosto de 2010. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm.

3. Conde Agudelo A, Belizán JM, Díaz-Rossello JL. Epidemiology of pregnancy in Latin America. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:371-8.
4. Távara Orozco L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Ginecol Obstet* 2004;50:111-22.
5. Ortigoza Corona E, Padilla Yasso PY, López Ortiz R. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:28-35.
6. Lezcano SA, Vallejos Arce MS, Sodero H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. *Rev Posgr Vía Cátedr Med* 2005;149:6-8.
7. Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA. Health outcomes related to early adolescent depression. *J Adolescent Health* 2007;41:256-62.
8. Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002;28(2). Visitado el 21 de agosto de 2010. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm
9. León JC, Hernández LAI, Hernández AC. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la república Mexicana. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:320-7.
10. Cabezas Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Rev Cub Obstet Ginecol* 2002;28:5-10.
11. Zelaya MB, Godoy AC, Esperanza LM. Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido. *Rev Posgr Vía Cátedr Med* 2003;125:1-6.
12. Hodgkinson SC, Colantuoni E, Roberts D, Berg-Cross L, Belcher HM. Depressive symptoms and birth outcomes among pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010;23:16-22.
13. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued RA, García Benítez CQ, Priego PI, Gómez Arteaga C. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol Obstet Méx* 2002;70:270-4.
14. Balestena JM, Balestena SG. Impacto de la menarquia en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2005;31(1). Visitado el 17 de agosto de 2010. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm

15. Rodríguez PL, Hernández J, Reyes A. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2005;31(1). Visitado el 21 de agosto de 2010. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin05105.htm
16. World Health Organization. Depression. Visitado el 21 de agosto de 2010. Disponible http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
17. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO;2008.
18. Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2001;31:1169-79.
19. Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, Taylor AW. Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2004;39:293-8.
20. Pardo AG, Sandoval DA, Umbarila ZD. Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología* 2004;13:13-8.
21. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998;7:3-14
22. Gómez C, Rodríguez N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Rev Col Psiquiat* 1997;26:23-5.
23. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, Weinstein AG, Hook FB. Pregnancy outcomes in urban teenagers. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;72(1):117-22.
24. Marcus SM, Barry KL, Flynn HA, Tandon R, Greden JF. Treatment guidelines for depression in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2001;72:61-70.
25. Fleiss J. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: Wiley;1981. p. 38-46.
26. Zung WW. A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.
27. Conde V, Esteban T, Useros E. Evaluación crítica de la SDS (Self-rating Depression Scale) de Zung: experiencia propia y revisión de la literatura. *Rev Psicol Gen Aplic* 1976;43:842-57.
28. Hamilton M, Shapiro CM. Depression. En: Peck DF, Shapiro CM, eds. *Measuring human problems*. New York: Wiley; 1990. p. 27, 30-31.
29. Bech P. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening: a twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer; 1996. p. 35-42.
30. Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol* 1970;33:185-206.
31. López VC, Esteban T. Validez de la escala autoaplicada de depresión de Zung. *Arch Neurobiol* 1975;38:225-46.
32. Kaplan HI, Sadock BJ. Trastornos del estado de ánimo. En: Sadock BJ, Sadock VA, editores. *Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría*. 10ª Edición. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 564.
33. Trejo Lucero H, Torres Pérez J, Medina Jiménez MA, Briones Garduño JC, Meneses Calderón J. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. *Rev Mex Pediatr* 2009;76:9-12.
34. Alvarado M, Medina E, Aranda W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev Méd Chile* 2002;130:561-8.
35. Sánchez AI, Bermúdez MP, Buela Casal G. Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* 1999;2(2-3).
36. Díaz A, Sanhueza, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente, estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev chil obstet ginecol* 2002;67:481-7.