

Original

Depresión y antecedentes de intentos suicidas como factores de riesgo para el embarazo en adolescentes bolivianas

ROSARIO MARTINEZ-SARAVIA, AMERICA ALFARO, ANDREA PATRICIA VACA, ANDREA P. MENDIOLA-IPARRAGUIRRE, LAURA DANIELA JIMENEZ-PARRADO, WILMA I. CASTILLA-PUENTES, RUBY C. CASTILLA-PUENTES

ROSARIO MARTINEZ-SARAVIA
Médica Psiquiatra,
Magister en Educación Superior en Salud.
WARM: Red de profesionales que
trabajan por la salud mental de las
mujeres en América Latina, Hospital
Materno Infantil, La Paz, Bolivia.

AMERICA ALFARO
Médica Psiquiatra,
Especialista en Psiquiatría Forense.
WARM: Red de profesionales que
trabajan por la salud mental de las
mujeres en América Latina, Hospital
Materno Infantil, La Paz, Bolivia.

ANDREA PATRICIA VACA
Psicóloga,
Diplomada en Salud Mental
Perinatal y de la Mujer.
WARM: Red de profesionales que
trabajan por la salud mental de las
mujeres en América Latina, Hospital
Materno Infantil, La Paz, Bolivia.

ANDREA P. MENDIOLA-IPARRAGUIRRE
MD, Médica Psiquiatra.
Department of Psychiatry, Yale School
of Medicine, New Haven, CT, USA.

LAURA DANIELA JIMENEZ-PARRADO
Médica General.
Fundación Universitaria de Ciencias
de la Salud, Bogotá, Colombia.

WILMA I. CASTILLA-PUENTES
MD, Gineco-Obstetra.
WARM: Red de profesionales que
trabajan por la salud mental de las
mujeres en América Latina;
Departamento de Obstetricia y
Ginecología, Sogamoso, Colombia.

RUBY C. CASTILLA-PUENTES
MD, Médica Psiquiatra, DrPH, MBA.
Hispanic Organization for Leadership
and Achievement, and Mental Health
Diplomats Johnson & Johnson
Employee Resource Groups;
American Society of Hispanic
Psychiatry; Center for Clinical &
Translational Science and Training,
University of Cincinnati, OH, USA.

FECHA DE RECEPCIÓN: 29/01/2021
FECHA DE ACEPTACIÓN: 09/03/2021

CORRESPONDENCIA
MD, PhD, MBA.
Ruby C. Castilla-Puentes.
Cornell Rd. Cincinnati, OH 45242, US;
RCastil4@its.jnj.com

Introducción: el embarazo adolescente tiene efectos a largo plazo en la madre y el recién nacido incluso en etapas posteriores del ciclo de vida. Más aún, las tasas de depresión e intentos de suicidio son altas entre las adolescentes, pero pocos estudios han abordado el impacto de estos factores en la ocurrencia del embarazo en las adolescentes. **Objetivo:** examinar si la depresión y los intentos de suicidio son factores de riesgo asociados al embarazo entre las adolescentes en Bolivia. **Método:** 645 niñas adolescentes (de 9 a 19 años) registradas como pacientes en un hospital comunitario en La Paz, Bolivia, entre enero de 2010 y noviembre de 2011, completaron un cuestionario centrado en asuntos obstétricos, psiquiátricos, sociales y de salud conductual. La depresión se midió con la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Los resultados se analizaron comparativamente entre las participantes que estaban embarazadas (casos) y no embarazadas (controles). **Resultados:** los hallazgos sugieren que la depresión puede ser un mecanismo clave que explica el embarazo entre las adolescentes. Además de tener antecedentes de depresión e intentos de suicidio, ser víctima de abuso emocional, físico o sexual durante la niñez-adolescencia, el uso de anticonceptivos, historial reportado de trastornos de ansiedad, inferior acceso a la educación y vivir en un hogar empobrecido también fueron asociados con el embarazo adolescente. **Conclusiones:** la optimización de los exámenes de detección de salud mental y el tratamiento temprano de la depresión pueden mitigar el riesgo de embarazo en las adolescentes.

Palabras clave: Hispanas – Adolescencia – Abuso emocional – Violencia – Pobreza.

Depression and history of suicide attempts as risk factors for pregnancy in Bolivian adolescents

Introduction: Adolescent pregnancy has long-term effects on the mother, the newborn and even in later stages of the life cycle. Furthermore, depression and suicide attempt rates are high among adolescent girls but few studies have addressed the impact of these factors on the occurrence of pregnancy among adolescents. **Objective:** Examine if depression and suicide attempts are associated risk factors for pregnancy among adolescent girls in Bolivia. **Methods:** 645 adolescent girls (ages 9-19) registered as patients in a community-based hospital in La Paz, Bolivia between January 2010 and November 2011 completed a questionnaire focused on obstetric, psychiatric, social, and behavioral health issues. Depression was measured with the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). The results were comparatively analyzed between the participants who were pregnant (cases) and non-pregnant (controls). **Results:** Findings suggest that depression may be a key mechanism accounting for pregnancy among adolescent girls. In addition to having a history of depression and suicide attempts, being a victim of emotional, physical, or sexual abuse during childhood-adolescence, contraception use, a reported history of anxiety disorders, a lower education, and living in an impoverished household were also associated with adolescent pregnancy. **Conclusions:** Optimizing mental health screenings and early treatment of depression can mitigate the risk of pregnancy in adolescents.

Keywords: Hispanics – Bolivian Youth – Emotional Abuse – Violence – Poverty.

Introducción

Los embarazos adolescentes son uno de los mayores desafíos de la salud pública en todo el mundo [7]. A pesar de una disminución considerable en las últimas décadas, las tasas más altas de embarazo adolescente en el mundo desarrollado fuera del antiguo bloque soviético todavía se encuentran en los Estados Unidos, mientras que en Europa, pertenecen a Inglaterra, Gales y Escocia [17]. El embarazo adolescente conlleva consecuencias como un mayor riesgo de aborto espontáneo y parto prematuro, bajo peso al nacer, desproporción cefalopélvica, riesgo de complicaciones perinatales y muerte, además del elevado costo del tratamiento [3, 7]. América Latina tiene la segunda tasa de fecundidad adolescente más alta del mundo [6]. Según UNICEF (2020), una de cada tres niñas se convierte en madre antes de los 20 años. En cuanto a la mortalidad infantil y materna, los hijos de madres adolescentes y las madres con baja escolaridad tienen 3,5 veces más probabilidades de morir en Bolivia, según lo registrado en la Encuesta Nacional de Salud Demográfica 2008 [20]. Además, otros factores estudiados en Bolivia como correlacionados con el embarazo adolescente, incluyen niveles más altos de discordia entre los padres de la adolescente con la posterior falta de apoyo de los mismos, baja autoestima y miedo al rechazo de su pareja hasta el punto de ser abandonada por él debido a no consentir en tener relaciones sexuales [13].

Muchos estudios han abordado los factores de riesgo de los embarazos de adolescentes. Entre ellos, los principales son la falta de educación y conocimientos sobre salud sexual, pobreza, matrimonio joven, vivir en un entorno violento y discriminación [19]. Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en una clínica de atención primaria en San Diego, California, examinó la relación entre las experiencias adversas en la infancia (*Adverse Childhood Events*, ACE), los embarazos de adolescentes, las consecuencias psicosociales a largo plazo y la muerte fetal y

materna. Los ACE incluyen abuso emocional, físico y sexual, violencia de pareja íntima, vivir con un miembro del hogar que abusa de sustancias, un enfermo mental o un delincuente, y vivir en un hogar monoparental. Se encontró una asociación significativa entre ACE y embarazo adolescente [9].

La depresión en adolescentes en Latinoamérica muestra cifras de prevalencia similares entre diferentes países, es decir, 17% en Colombia, 14% en Chile y 26% en Argentina [10]. Los principales factores de riesgo reportados para la depresión en adolescentes de la región incluyen ser mujer, violencia, conflicto en la familia y bajo nivel socioeconómico [10, 18]. Los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad entre adolescentes y jóvenes, y el suicidio es una consecuencia alarmante [12].

Las tasas de suicidio de adolescentes y jóvenes en el continente Americano varían según la edad, el género y el país. Un estudio ecológico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre 2001 y 2008 mostró que el suicidio representa el 7.5% de todas las muertes de jóvenes (10-24 años). Asimismo, dichas tasas de mortalidad por suicidio señalan que tienen 3.2 veces más de probabilidades de suicidarse que las mujeres [15]. Otro estudio examinó a 352 mujeres adolescentes inscritas en una clínica perinatal y concluyó que la violencia de pareja íntima y el embarazo adolescente se consideran factores de riesgo de suicidio en esta subpoblación [1]. Además, las mujeres que se suicidan tienen más probabilidades de haber sufrido abusos sexuales [21]. Una extensa revisión sistemática estudió el suicidio en Bolivia de 2007 a 2012 y encontró que más mujeres (61%) que hombres (39%) intentan suicidarse, con la mayor proporción de intentos de suicidio observada entre mujeres en el grupo de edad de 10 a 19 años, y con el uso de pesticidas como el método más utilizado [11].

El embarazo y la depresión en la adolescencia son los principales problemas de salud

pública. Cada uno se ha abordado de forma independiente y algunos estudios mencionan su asociación. Se encontró que factores como el matrimonio precoz, las conductas sexuales de riesgo, el uso de sustancias, la experiencia familiar del parto en la adolescencia, la presión de los compañeros y la falta de educación sexual y servicios de salud, aumentan los riesgos de embarazo en la adolescencia. En una revisión sistemática que estudió los factores de riesgo y de protección en países de ingresos bajos y medios, un análisis temático también reveló que la comunicación familiar, las actividades escolares, las reuniones comunitarias, las leyes y las políticas gubernamentales eran factores de protección para el embarazo entre las adolescentes [4].

Aún faltan datos sobre la depresión y los embarazos de adolescentes en las poblaciones minoritarias. Este estudio de casos y controles examina si la depresión y los antecedentes de intentos de suicidio deben considerarse factores de riesgo para el embarazo entre las adolescentes de Bolivia. En realidad, la hipótesis principal del estudio postula una respuesta afirmativa, es decir, que la depresión y los intentos de suicidio son factores de riesgo críticos reales que explican el embarazo en la población adolescente femenina.

Metodología

Se realizó un estudio de casos y controles entre 645 adolescentes (de 9 a 19 años) que recibían atención médica en el Hospital Materno Infantil, un gran centro de salud comunitario en la Zona de Miraflores, La Paz, Bolivia. El estudio se realizó a lo largo de un período de 23 meses (enero de 2010 a noviembre de 2011).

Personal de investigación capacitado se acercó a las adolescentes y les pidió que participaran en el estudio. Cada participante y su tutor completaron el consentimiento informado. No se dio ningún incentivo económico a los participantes. Fueron elegibles

pacientes mujeres de entre 9 y 19 años que aceptaron participar en el estudio.

Se define como casos a aquellas adolescentes que estaban embarazadas en el momento de la contratación para el estudio o durante el último año. Por el contrario, las que no estaban embarazadas en el momento del estudio o durante el año anterior, se incluyeron como controles.

Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario (anexo 1) que abordó las siguientes áreas:

- Características demográficas: edad, raza, etnia, nivel de educación, ubicación del hogar, ingresos mensuales del hogar.
- Historial médico (en los últimos 12 meses): enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, hipertensión, cáncer, obesidad, asma, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), dolor crónico, convulsiones, problemas de tiroides, enfermedad de obstrucción crónica pulmonar (EPOC).
- Antecedentes psiquiátricos (en los últimos 12 meses): ansiedad, ataques de pánico, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático (TEPT), anorexia o bulimia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), depresión, consumo de tabaco, consumo de sustancias ilícitas, consumo de alcohol, exposición al estrés.
- Intentos de autolesión / suicidio (dentro del mes / últimos 12 meses / de por vida) pensamientos, planes e intentos de suicidio.
- Historial de trauma: (dentro del mes / últimos 12 meses / de por vida): víctima de violencia física, sexual o emocional.
- Examen de salud reproductiva: sexualmente activa con la edad de inicio, antecedentes de embarazos actuales y anteriores con la edad del primer embarazo, y el número de nacimientos / abortos, antecedentes del uso continuo de métodos anti-conceptivos.

Si una participante respondió «sí» a estar embarazada durante el último año, entonces completó un segundo cuestionario, que incluye detalles sobre su embarazo actual o anterior (anexo 2. Cuestionario de recolección de datos para participantes embarazadas).

Todos las participantes completaron la *Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* (CES-D) [16], y los síntomas con puntuaciones > 16 se consideraron indicativos de síntomas de depresión de alto nivel o elevados.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software estadístico SAS. Se utilizó la regresión logística condicional para ajustar los posibles factores de confusión.

Resultados

Demografía

645 niñas adolescentes participaron en este estudio de casos y controles. El rango de edad de las participantes fue de 9 a 19 años, con una media de 15,49 (DE \pm 1,85). El peso medio fue de 53,3 kilogramos (DE \pm 9,28). La media del ingreso familiar mensual de las participantes fue 1788.219 bolívares bolivianos (BOB) o aproximadamente 258 dólares estadounidenses (USD) (DE \pm 1502.6367). La mayoría de las participantes no tenían educación secundaria; el número medio de años escolares fue de 5,88 años (DE \pm 0,51). Todos los datos demográficos aparecen en la tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de las participantes en el estudio

Características Demográficas	Casos n=99 (media; DE)	Controles N (media; DE)	Total N=645 (media; DE)
Edad	16.02 (1.36)	15.40 (1.92)	15.49 (1.85)
Peso (kg)	55.97 (8.75)	51.72 (9.25)	52.35 (9.29)
Altura (cm)	154.15 (17.61)	136.2 (49.74)	138.92 (46.76)
Años de escolaridad	5.89 (0.58)	5.87 (0.50)	5.88 (0.51)
Ingresos mensuales del hogar (BOB)	1287.92 (918.62)	2096.55 (2405.88)	1788.2 (1502.6)

Embarazo adolescente

Del total de participantes (N = 645), 99 (15,3%) adolescentes tuvieron un embarazo documentado durante el último año y por lo tanto fueron considerados casos para el estudio. Las 546 restantes (84,7%) no estaban embarazadas durante el último año y se incluyeron como controles.

Depresión e intentos de suicidio en embarazos de adolescentes

Se estudiaron otras variables como factores que contribuyen a un mayor riesgo de embarazos en la adolescencia. Se encontró que variables como la depresión, antecedentes de suicidio y vivir en un hogar empobrecido tenían asociaciones significativas (tabla 2).

Depresión y adolescentes

Los resultados de la *Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* (CES-D), mostraron 106 (16,4%) niñas adolescentes con una puntuación menor a 16,

Tabla 2. Análisis multivariante de variables asociadas significativamente con mayor riesgo de embarazos adolescentes

Variable	OR	95% IC	P
Viviendo en un hogar empobrecido	7.67	3.81-15.47	<0.0001
Historial de intento de suicidio previo (durante los últimos 6 meses)	6.23	1.12-64.90	<0.0001
Historial de intento de suicidio previo (durante los últimos 12 meses)	2.98	3.70-11.27	<0.0001
Uso de anticonceptivos	5.31	2.92-9.65	<0.0001
Menos de seis años de escolaridad	2.71	0.82-8.93	<0.0001
Depresión (CES-D > 16)	2.16	1.24-3.77	<0.0001
Historial del trastorno de ansiedad	1.69	0.80-3.53	<0.0001
Víctima de maltrato físico durante la niñez o adolescencia	2.13	1.35-3.38	<0.0001
Víctima de abuso sexual durante la niñez o adolescencia	2.07	0.95-4.49	<0.0001

consideradas como clínicamente no significativas para la depresión. Por otro lado, 539 (83,4%) tuvieron una puntuación igual o superior a 16, calificada como significativa para síntomas depresivos (tabla 3).

El análisis estadístico de la prueba de Kruskal-Wallis sobre el puntaje CES-D y el embarazo adolescente, con una muestra de 645 pacientes, tuvo un nivel estadístico significativo de $P = 0,0003$.

Tabla 3. Resultados CES-D y embarazo

Embarazada el pasado año	Número	Puntuaciones CES-D de depresión		
		Media (DE)	95% IC	Rango
Si (casos)	99	29.09 (13.10)	27.98-30.19	0-61
No (controles)	546	24.26 (9.17)	22.43-26.09	7-42

Discusión

En este estudio de casos y controles con un tamaño de muestra de 645 adolescentes bolivianas, hubo 99 casos de embarazo o de haber estado embarazada durante el año anterior, y 546 no estaban embarazadas ni eran controles. Uno de sus principales hallazgos fue que tener depresión (caracterizada por una puntuación de 16 o más en el CES-D) puede ser un mecanismo clave que explica el embarazo entre las adolescentes. Estos resultados apoyan la hipótesis propuesta anteriormente.

Asimismo, el estudio encontró que además de tener un historial de depresión de por vida, ser víctima de abuso emocional, físico y sexual durante la infancia o la adolescencia, el uso de anticonceptivos, un historial reportado de trastornos de ansiedad, menor educación y vivir en un hogar empobrecido también fueron factores asociados con el embarazo adolescente. Obviamente, estos factores socioeconómicos también se han encontrado estrechamente relacionados con una mayor prevalencia de depresión.

Varios estudios en América Latina han explorado y analizado variables que afectan la ideación suicida en adolescentes embarazadas, encontrando que los estresores psicosociales son un factor común. Un estudio en Ecuador [8] con 86 niñas adolescentes de entre 12 y 19 años, encontró una relación significativa entre variables socioeconómicas

y otras variables ambientales biosociales como la falta de comunicación familiar y el divorcio en la familia con depresión en adolescentes.

Otro estudio transversal en Lima, Perú, evaluó la incidencia de ideación suicida en una muestra de 2964 mujeres embarazadas inscritas en atención prenatal. Este estudio encontró que una historia materna de abuso infantil se asoció con una incidencia significativa de ideación suicida antes del parto [23].

Otros estudios comparables se han centrado en antecedentes de enfermedades mentales, en particular depresión, como factor asociado de ideación o intentos suicidas en adolescentes embarazadas. En Medellín, Colombia, entre las adolescentes embarazadas examinadas por la depresión, la prevalencia de esta condición fue casi dos veces mayor en el grupo de adolescentes embarazadas en comparación con las adolescentes no embarazadas. El estudio también recomendó la detección frecuente de factores socioeconómicos, dada su fuerte correlación con la depresión [2]. Un estudio similar en Brasil encontró que el trastorno depresivo mayor durante la adolescencia tiene una correlación directa con las complicaciones psicológicas y obstétricas en el embarazo de la adolescente, enfatizando su asociación con la inestabilidad financiera, la menor educación y la experiencia de violencia en los últimos meses [5].

El presente estudio destaca la falta de investigación que aborde las poblaciones minoritarias vulnerables, en particular los inmigrantes hispanos en los Estados Unidos y los países de América Latina. Existe una necesidad imperiosa de comprender y estudiar los factores relacionados con los problemas de salud pública, como el embarazo en la adolescencia. Los factores ambientales, socioeconómicos y culturales contribuyen de manera significativa a las disparidades de salud que con frecuencia afectan a las comunidades hispanas o latinoamericanas. Comprender estos aspectos es fundamental para enriquecer el conocimiento sobre estas poblaciones y sus necesidades, brindar atención clínica culturalmente sensible y centrarse en estrategias futuras que promuevan la prevención de embarazos adolescentes no deseados.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que conlleva varios efectos potencialmente mortales para la madre y el niño [3, 12]. Optimizar los exámenes de salud mental y el tratamiento temprano puede paliar los factores de riesgo y las complicaciones. El objetivo final es mitigar la mortalidad y la morbilidad en las madres adolescentes y los bebés al tener un impacto directo en la disminución de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto.

Existe la necesidad de un trabajo interdisciplinario entre la población, los líderes políticos, las organizaciones y las clínicas de salud mental y de mujeres [22], así como el trabajo sobre la salud reproductiva y mental en la adolescencia en los países en desarrollo, actualmente mejor conocidos como países de ingresos bajos y medios (PIBM). Además, el trabajo interdisciplinario entre obstetricia, salud mental / psiquiatría y la comunidad en general es esencial para brindar una atención médica adecuada a las poblaciones vulnerables como las de adolescentes.

Las limitaciones de este estudio y sus hallazgos incluyen el uso solo de la *Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos*

(CES-D) para medir síntomas de depresión, y el hecho de que las participantes eran solo de La Paz, por lo que no son representativas de toda la población del país. Se puede encontrar una alta tasa de falsos positivos para la depresión cuando se utiliza el instrumento CES-D. Sin embargo, por otro lado, esto refleja una condición altamente prevalente de mujeres de bajos ingresos[14]. También existe la posibilidad de sesgos, como los de recuerdo y selección (por ejemplo, el hospital tiene una alta tasa de partos de mujeres de bajos ingresos). A pesar de las limitaciones señaladas, es fundamental mencionar que, a nuestro entender, este es el primer estudio de casos y controles que explora la depresión como factor de riesgo para el embarazo en adolescentes de bajos ingresos en Bolivia.

Conclusión

La optimización de los exámenes de salud mental y el tratamiento temprano de la depresión pueden mitigar el riesgo de embarazo en las adolescentes. Debido a que la depresión es una condición tratable, las estrategias que incorporan modelos de atención colaborativa y cambios sistemáticos en la práctica pueden beneficiar la atención médica integral para las madres adolescentes. Los estudios futuros deben evaluar si un mejor reconocimiento y tratamiento de la depresión adolescente reduce el riesgo de embarazo.

Las recomendaciones incluyen la necesidad de réplicas en poblaciones más grandes, en un entorno de sitios múltiples y con una estructura prospectiva. La investigación futura debe tener como objetivo principal el estudio de los detalles clínicos, ambientales y socioculturales de la correlación entre la depresión y los intentos de suicidio con el embarazo en niñas adolescentes.

Agradecimientos

A Therese Deiseroth por sus valiosos comentarios y sugerencias en la edición de este manuscrito, al Dr. Renato Alarcon por revisar y enriquecer el nivel de este trabajo, y a las adolescentes y familias que participaron en el presente estudio.

APÉNDICE

Cuestionario de recopilación de datos para todos los participantes

Fecha: ___ / ___ / 20__
Hora: ___ : ___ am pm
INFORMACIÓN GENERAL
¿Cuántos años tiene? ___ años Peso Kg Altura cms
¿Dónde ha vivido durante el último año (ciudad, pueblo)? _____ Si ha vivido en 2 o más ciudades, especifique _____
¿Cuál es el grado más alto que ha completado en la escuela? [elija uno] <input type="checkbox"/> Nunca fue a la escuela <input type="checkbox"/> Graduada de secundario <input type="checkbox"/> No terminó la escuela primaria <input type="checkbox"/> Alguna Universidad <input type="checkbox"/> Terminó educación primaria Otros _____ <input type="checkbox"/> Algunos años de secundaria
¿Se considera de origen latino / hispano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor elija su raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Mestizo
¿Cuánto es la suma de todos los salarios / ingresos mensuales de todas las personas que viven en su casa? Escriba aquí el monto _____ pesos <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Es confidencial/No quiero contestar

Historial médico / psiquiátrico

A continuación encontrará una lista de enfermedades comunes. Nos gustaría saber cuál de ellas ha

sufrido en algún momento durante los últimos 12 meses. Encierre en un círculo sus respuestas y no deje ninguna respuesta en blanco.

Enfermedades	¿Ha tenido esto en los últimos 12 meses?	Enfermedades	¿Ha tenido esto en los últimos 12 meses?
Problemas cardíacos	Si No	Trastorno de ansiedad	Si No
Accidente cerebrovascular o hemorragia cerebral	Si No	Ataques de pánico	Si No
Alta presión sanguínea	Si No	Trastorno bipolar	Si No
Cáncer	Si No	Esquizofrenia	Si No
Obesidad	Si No	Trastorno de estrés postraumático	Si No
Asma	Si No	Anorexia o bulimia	Si No
Diabetes	Si No	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	Si No
AIDS/HIV	Yes No	Depresión	Si No
Dolor crónico	Yes No	Consumo de tabaco	Si No
Convulsiones / epilepsia	Yes No	Consumo de sustancias	Si No
Problemas tiroideos	Yes No	Abuso de alcohol	Si No
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) / Enfisema	Yes No	Estrés emocional	Si No

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO O DROGA? SÍ__ NO__. **SI LA RESPUESTA ES SÍ, COMPLETE LA SIGUIENTE TABLA:**

Nombre	¿Cuánto tiempo lo ha estado tomando? (semanas)	¿Qué se está tratando con este medicamento?	¿Cuántas tabletas (mgs) diariamente?

AUTOAGRESIÓN

Durante el último mes		
Durante el último mes, ¿ha pensado en suicidarse?, ¿en quitarse la vida?	Si	No
Durante el último mes, ¿ha tenido planes de suicidarse?, ¿para quitarse la vida?	Si	No
¿Ha intentado suicidarse (quitarse la vida) durante el último mes?	Si	No
Durante los últimos 12 meses		
Durante los últimos 12 meses, ¿ha pensado en suicidarse?, ¿en quitarse la vida?	Si	No
Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido planes de suicidarse?, ¿para quitarse la vida?	Si	No
¿Ha intentado suicidarse (quitarse la vida) durante los últimos 12 meses?	Si	No
En cualquier momento de su vida		
En algún momento de su vida, ¿alguna vez pensó en suicidarse (quitarse la vida)?	Si	No
En algún momento de su vida, ¿alguna vez ha hecho planes para suicidarse (quitarse la vida)?	Si	No
En algún momento de su vida, ¿alguna vez intentó suicidarse (quitarse la vida)?	Si	No

ABUSO FÍSICO / SEXUAL / PSICOLÓGICO

Durante el último mes		
¿Ha sido golpeada o abusada físicamente?	Si	No
¿Ha sido violada o forzada a tener relaciones sexuales sin su consentimiento?	Si	No
¿Ha sido ofendida verbalmente, insultada o le han dicho palabras hirientes?	Si	No
Durante los últimos 12 meses		
¿Ha sido golpeada o abusada físicamente?	Si	No
¿Ha sido violada o forzada a tener relaciones sexuales sin su consentimiento?	Si	No
¿Ha sido ofendida verbalmente, insultada o le han dicho palabras hirientes?	Si	No
En cualquier momento de su vida		
¿Ha sido golpeada o abusada físicamente?	Si	No
¿Ha sido violada o forzada a tener relaciones sexuales sin su consentimiento?	Si	No
¿Ha sido ofendida verbalmente, insultada o le han dicho palabras hirientes?	Si	No

¿Ha sido sexualmente activa? SI__ NO__ No quiero contestar__

Si la respuesta es SÍ, por favor escriba cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación sexual_____ años.

¿Ha estado embarazada alguna vez? SI__ NO__ No quiero contestar__

Si la respuesta es SÍ, por favor escriba cuántas veces: _____

ha estado embarazada_____ partos_____ abortos espontáneos_____ abortos provocados_____ embarazos ectópicos_____ partos prematuros_____ bebés nacidos vivo_____ bajo peso al nacer_____

¿Ha utilizado alguna vez un método anticonceptivo? SÍ__ NO__ No quiero contestar__

Si la respuesta es SÍ, por favor escriba cuál _____

Cuestionario de recopilación de datos SOLO para participantes embarazadas

¿Ha estado embarazada durante el último año?	Si	No
¿Tuvo una niña? (mujer) ____ o un niño? (varón) _____		
¿El niño o la niña: nació vivo _____ (pase a la pregunta 4)	Si	No
○ ¿Nació vivo y murió dentro de las primeras 24 horas?	Si	No
○ ¿Nació vivo y murió dentro de la primera semana?	Si	No
○ ¿Nació muerto?	Si	No
¿Sufrió alguna de estas enfermedades durante el embarazo?		
○ Anemia	Si	No
○ Infección urinaria	Si	No
○ Otras infecciones	Si	No
○ Hemorragia durante las primeras 20 semanas de embarazo	Si	No
○ Hemorragia después de la semana 20 de embarazo.	Si	No
○ Hipertensión gestacional	Si	No
○ Ruptura prematura de membranas	Si	No
○ ¿Otras? _____	Si	No
Resultado del embarazo:		
○ Aborto	Si	No
○ Parto prematuro	Si	No
○ Parto en término	Si	No
○ Parto posterior al término	Si	No
Tipo de parto:		
○ Parto vaginal sin complicaciones	Si	No
○ Parto inducido (¿Recibió un medicamento intravenoso para iniciar las contracciones?)	Si	No
○ Parto vaginal instrumentado (¿Se utilizaron algunos instrumentos para ayudar al bebé durante el parto? ¿Cuáles?)	Si	No
○ Cesárea (¿Programada? _____ ¿De emergencia? _____)	Si	No
Complicaciones del recién nacido:		
● Sin complicaciones _____ (pase a la pregunta 8).	Si	No
○ Septicemia	Si	No
○ Disfunción fetal	Si	No
○ Hipoglucemia	Si	No
○ Dificultades respiratorias	Si	No
○ Membrana hialina	Si	No
○ Hipotermia	Si	No
○ Aspiración bronquial	Si	No
○ Otros. ¿Cuáles?	Si	No
Complicaciones puerperales (después del parto)		
○ Anemia	Si	No
○ Sangrado posparto	Si	No
○ Infección urinaria	Si	No
○ Desgarro vaginal	Si	No
○ Desgarro cervical	Si	No
○ Infección por suturas	Si	No
○ Fístula	Si	No
○ Otros. ¿Cuáles?	Si	No

Referencias

1. Bayatpour M, Wells RD, Holford S. Physical and Sexual Abuse as Predictors of Substance Use and Suicide Among Pregnant Teenagers. *J Adolesc Health*. 1992;13(2):128-32. PMID: 1627580 DOI: 10.1016/1054-139x(92)90079-Q
2. Bonilla-Sepúlveda OA. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín

- (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2010; 61(3):207-13. DOI: 10.18597/rcog.266
3. Caffè S, Plesons M, Camacho AV, Brumana L, Abdool SN, Huaynoca S, et al. Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reprod Health.* 2017;14(83):1-8. PMID: 28705166 DOI: 10.1186/s12978-017-0345-y
 4. Chung HW, Kim EM, Lee JE. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *J Adolesc.* 2018;69:180-8. PMID: 30390598 DOI: 10.1016/j.adolescence.2018.10.007
 5. Coelho FMC, Monteiro da Cunha F, Tavares Pinheiro R, Azevedo Silva R, de Ávila Quevedo L, Luciano Dias de Mattos Souza L, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Braz J Psychiatry.* 2013;35(1):51-6. Disponible en: <https://www.bjp.org.br/details/151/en-US/major-depressive-disorder-during-teenage-pregnancy--socio-demographic--obstetric-and-psychosocial-correlates>
 6. Dongarwar D, Salihi HM. Influence of Sexual and Reproductive Health Literacy on Single and Recurrent Adolescent Pregnancy in Latin America. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019;32(5):506-13. PMID: 31195100 DOI: 10.1016/j.jpag.2019.06.003
 7. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and child birth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multi-country study. *BJOG.* 2014;121 Suppl 1:40-8. PMID: 24641534 DOI: 10.1111/1471-0528.12630
 8. Guijarro S, Naranjo J, Padilla M, Gutiérrez R, Lammers C, Blum RW. Family Risk Factors Associated with Adolescent Pregnancy: Study of a Group of Adolescent Girls and Their Families in Ecuador. *J Adolesc Health.* 1999;25(2):166-72. PMID: 10447044 DOI: 10.1016/s1054-139x(99)00020-8
 9. Hillis SD, Anda RF, Dube SK, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death. *Pediatrics.* 2004;113(2):320-7. PMID: 14754944 DOI: 10.1542/peds.113.2.320
 10. Horn AB, Cañizares C, Gómez Y. Prevention of adolescent depression in the Spanish-speaking world. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(6):5665-83. PMID: 24871258 DOI: 10.3390/ijerph110605665
 11. Jors E, Christoffersen M, Hogsgaard-Vierum N, Condarco-Aguilar G, Cervantes-Morant R, Konradsen F. Suicide attempts and suicides in Bolivia from 2007 to 2012: pesticides are the preferred method – females try but males commit suicide!. *Int J Adolesc Med Health.* 2013;26(3):361-7. PMID: 24114895 DOI: 10.1515/ijamh-2013-0309
 12. Lara MA, Berenzon S, Juarez Garcia F, Medina-Mora ME, Natera Rey G, Villatoro Velazquez JA, et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(2):102-8. PMID: 22522871 Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000200002
 13. Lipovsek V, Karim AM, Zielinski Gutierrez E, Robert J, Magnani RJ, Castro Gomez MC. Correlates of Adolescent Pregnancy in La Paz, Bolivia: Findings from a Quantitative-Qualitative Study. *Adolescence.* 2002;37(146):335-52. PMID: 12144163
 14. Myers K, Winters NC. Ten-Year Review of Rating Scales. II: Scales for Internalizing Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(6):634-59. PMID: 12049439 DOI: 10.1097/00004583-200206000-00004
 15. Pan American Health Organization, World Health Organization. Prevention of suicidal behavior. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2016
 16. Radloff, L.S. The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *J Youth Adolescence* 20, 149–166 (1991). <https://doi.org/10.1007/BF01537606>
 17. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health.* 2015;56(2):223-30. PMID: 25620306 DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.007
 18. Stewart SM, Simmons A, Habibpour E. Treatment of culturally diverse children and adolescents with depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2012;22(1):72-9. PMID: 22251021 DOI: 10.1089/cap.2011.0051
 19. Thurman TR, Brown L, Richter L, Maharaj P,

Magnani R. Sexual risk behavior among South African adolescents: is orphan status a factor? *AIDS Behav.* 2006;10(6):627-35. PMID: 16838071 DOI: 10.1007/s10461-006-9104-8

20. Unicef. 2020. Bolivia - Key Demographic Indicators. Last accessed 04/04/2021. Disponible en: <https://data.unicef.org/country/bol/>

21. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand.*2001;104(5):332-9. PMID: 11722313 DOI: 10.1034/j.1600-0447.2001.00432.x

22. Zapata L, Kissin DM, Bogoliubova O, Yorick RV, Kraft JM, Jamieson DJ, et al. Orphaned and abused youth are vulnerable to pregnancy and suicide risk. *Child Abuse Negl.* 2013;37(5):310-9. PMID: 23290621 DOI: 10.1016/j.chiabu.2012.10.005

23. Zhong Q-Y, Wells A, Rondon MB, Williams MA, Barrios YV, Sanchez SE, et al. Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(4):501.e1-01.e5018. PMID: 27173085 DOI: 10.1016/j.ajog.2016.04.052