



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS,
OBSTÉTRICOS, RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN
EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD MORONACOA,
IQUITOS – 2015.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. Enf. Acosta Piera Bonnie Stefani.

Bach. Enf. Pinedo Grández Sybila Viviana.

Bach. Enf. Urresti Ramírez María Verónica.

ASESORA:

Lic. Enf. Zoraida Silva Acosta. Dra.

Iquitos - Perú

2016

“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORONACOA, IQUITOS – 2015.”

Presentado por:

Bach. Enf. ACOSTA PIERA, Bonnie Stefani.

Bach. Enf. PINEDO GRÁNDEZ, Sybila Viviana.

Bach. Enf. URRESTI RAMÍREZ, María Verónica.

RESUMEN

La precocidad en la vida sexual hace que se presente el embarazo en la adolescencia; existiendo una creciente prevalencia de embarazo en la Costa Norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas. La depresión es más frecuente en las mujeres embarazadas; entre los adolescentes, es mayor la probabilidad de padecer depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios de identidad y autonomía; en este contexto el presente estudio tuvo como propósito determinar la relación que existe entre los factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y la depresión en gestantes adolescentes en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015. Para el estudio se utilizó el método cuantitativo, tipo no experimental, con un diseño descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 90 gestantes adolescentes. Las técnicas que se emplearon fueron visita domiciliaria, encuesta y la entrevista. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y la Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo. Los resultados fueron: existen relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la depresión ($p=0,018$), antecedentes depresivos y la depresión ($p=0,007$) e ingreso económico y la depresión ($p=0,000$) y no existe relación estadísticamente significativa entre la dependencia económica y la depresión ($p=0,477$); edad y la depresión ($p=0,962$); procedencia y la depresión ($p=0,753$); paridad y la depresión ($p=0,892$); edad gestacional y la depresión ($p=0,260$); control prenatal y la depresión ($p=0,106$).

Palabras Clave: Gestantes adolescentes, depresión.

"SOCIOECONOMIC FACTORS, DEMOGRAPHIC, OBSTETRICAL RELATED DEPRESSION IN PREGNANT TEENS SERVED IN THE CENTER OF HEALTH MORONACOCHA, IQUITOS-2015"

Presented by:

Bach. Enf. ACOSTA PIERA, Bonnie Stefani.

Bach. Enf. PINEDO GRANDEZ, Sybila Viviana.

Bach. Enf. URRESTI RAMIREZ, María Verónica.

SUMMARY

Precocity in sexual life makes pregnancy is given in adolescence; there is an increasing prevalence of pregnancy on the North Coast and particularly in Lima, which together bring together more than half the population of pregnant young women. Depression is more common in pregnant women; among adolescents, it is more likely to experience depression because they are in a time of change of identity and autonomy; in this context the present study was to determine the relationship between socioeconomic, demographic, obstetric and depression in pregnant adolescents in the Health Center Moronacocha, Iquitos - 2015. The study quantitative method was used, type non-experimental with a descriptive correlational design. The sample consisted of 90 pregnant teenagers. The techniques used were home visits, survey and interview. The instruments used were the questionnaire and the Edinburgh Depression Scale Pregnancy. The results were: there are statistically significant relationship between marital status and depression ($p = 0,018$), antecedents depressive and the depression ($p = 0,007$) and income and depression ($p = 0,000$) and there is no statistically significant relationship between economic dependence and depression ($p = 0,477$); age and depression ($p = 0,962$); provenance and depression ($p = 0,753$); parity and depression ($p = 0,892$); gestational age and depression ($p = 0,260$); control prenatal and the depression ($p = 0,106$).

Keywords: pregnant adolescents, depression.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN LA FACULTAD
DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA
AMAZONÍA PERUANA EL DÍADEL MES DE.....DEL
2016 POR EL JURADO CALIFICADOR.

Lic. Enf. ZULEMA ORBE GAVIOLA Mgr.
PRESIDENTA

Lic. Enf. JUANA NOVOA GONGORA Dra.
MIEMBRO

Lic. Enf. ZORAIDA ROSARIO SILVA ACOSTA Dra.
ASESOR METODOLÓGICO

Ing. SAUL FLORES NUNTA.
ASESOR ESTADÍSTICO

DEDICATORIA

Con amor y cariño a Dios por guiarme en el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas.

A mis padres Alfredo y Yazmin por darme valores, principios, carácter, empeño, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposo, amigo y compañero idóneo Christian por su amor, comprensión, apoyo y su presencia en los momentos difíciles.

BONNIE ACOSTA

DEDICATORIA

A Dios por guiarme, darme fuerzas en momentos difíciles y enseñarme a encarar las adversidades.

A mis padres Segundo y Rocío por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda constante e incondicional.

A mis hermanos Nataly y Dante por ser amigos y compañeros. A Gabriel por su amor, comprensión y ayuda.

SYBILA PINEDO

DEDICATORIA

Al Creador de todas las cosas, por darme la fortaleza para continuar cuando estuve a punto de caer.

A mis padres: Jaime y Milagros por ser los pilares más importantes de mi vida, por haber confiado en mí, por demostrarme siempre su amor y su apoyo incondicional. A mi abuela Olivia con amor.

A mi hijo Ramsés, por ser la inspiración y motivación de vida y el soporte en momentos difíciles. Te amo.

VERONICA URRESTI

RECONOCIMIENTO

A la Facultad de Enfermería, Alma Mater de nuestra formación profesional por darnos la oportunidad de ser parte de ella y la posibilidad de ser profesionales en enfermería.

A la Lic. Enf. Zulema Orbe Gaviola Mgr. y Lic. Enf. Juana Novoa Gongora Dra. miembros del jurado calificador, por sus aportes y sugerencias que nos sirvieron para el desarrollo de la investigación.

A la Lic. Enf. Zoraida Rosario Acosta Silva Dra. asesora principal de tesis por brindarnos su tiempo, aportes y conocimientos para la realización de nuestro trabajo de investigación.

Al Ing. Saúl Flores Nunta por su colaboración eficiente en la parte estadística del proyecto de investigación.

Al personal del Centro de Salud Moronacocha y Puesto de Salud San Antonio por apoyarnos y facilitarnos los trámites para la aplicación de nuestros instrumentos.

A toda gestante adolescente; por haber participado voluntariamente, esperamos que ésta y futuras investigación amplíen los horizontes de enfoque en la depresión, brindando nuevos puntos de vista sobre el manejo de la misma.

ÍNDICE DE CONTENIDO.

	PÁG.
RESÚMEN	
CAPÍTULO I	
Introducción.....	01
Problema de Investigación.....	03
Objetivos.....	04
CAPÍTULO II	
Marco teórico.....	05
Definiciones operacionales.....	23
Hipótesis.....	26
CAPÍTULO III	
Metodología.....	28
Método y Diseño de Investigación.....	28
Población y Muestra	28
Técnicas e Instrumentos de Recolección.....	29
Procedimiento de Recolección de Datos.....	31
Análisis de Datos.....	32
Limitaciones.....	32
Protección de los Derechos Humanos.....	32
CAPÍTULO IV	
Resultados	
.....	33
Discusión.....	47
Conclusiones.....	5
5	
Recomendaciones.....	57
Referencias bibliográficas.....	59
Anexos.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

TAB	TÍTULO	PÁG
01	Factores socioeconómicos en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	33
02	Factores demográficos en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	35
03	Factores obstétricos en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	36
04	Presencia de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	37
05	Estado civil y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	38
06	Antecedentes depresivos y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	39
07	Dependencia económica y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	40
08	Ingreso económico y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	41
09	Edad y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	42
10	Procedencia y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	43
11	Paridad y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	44
12	Edad gestacional y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	45
13	Control prenatal y depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.	46

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La vida sexual en los jóvenes empieza cada vez más temprano como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo; uno de los efectos de esta precocidad en la vida sexual es el embarazo en la adolescencia.^{1,2} En el Perú, la salud sexual y reproductiva solo puede ser efectivamente atendida por el Estado a través de políticas públicas que contemplen un marco de derechos humanos, en donde la maternidad voluntaria y saludable, la autonomía sexual y reproductiva, la decisión informada de las mujeres y el acceso a servicios de calidad, entre otros, sean derechos garantizados, promovidos y protegidos por el Estado.³

La Encuesta Nacional en Demografía y Salud muestra que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13,2% en el 2012, a 13,9% en el 2013. Existe una creciente prevalencia de embarazos en la Costa Norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas; el embarazo adolescente pasó de 4,4% en 1991 y 1992 a 10,6% en el 2013, mientras que en el resto de la Costa creció de 10,8% a 15,4%; sin embargo, las regiones de Selva (Loreto, Madre de Dios) siguen concentrando mayor prevalencia de embarazos en adolescentes.^{4,5,6}

La incidencia de embarazos en adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado, los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son: Loreto (34,4%), Ucayali (27%), San Martín (26,5%), Amazonas (26%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%).^{7,8}

La depresión es más frecuente en las mujeres embarazadas y está fuertemente relacionada con antecedentes depresivos, separación de los padres, ser madre soltera, no desear el embarazo, falta de apoyo social y baja escolaridad; tiene importantes consecuencias en diversas esferas, como la adopción de conductas que pueden poner en peligro su salud y la del feto al no buscar atención prenatal temprana.⁹ Entre los adolescentes, es mayor la probabilidad de padecer depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios de identidad y autonomía.¹⁰ Se ha descrito que en los adolescentes la prevalencia de depresión es de 3 a 17%.^{11,12}

A nivel local no se encuentran investigaciones similares, frente a esta problemática existente, el estudio trata de responder a la interrogante siguiente: ¿Existe relación entre los factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015?

Los resultados obtenidos sirven como base de datos para futuras investigaciones y trabajos de intervención en el Área de Salud Mental, Comunidad y Materno Infantil y así contribuir en beneficio de esta población vulnerable y del niño por nacer.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿Existe relación entre los factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015?

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre los factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015?

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Identificar los factores socioeconómicos: estado civil, antecedentes depresivos, dependencia económica e ingreso económico en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos -2015.

3.2.2. Identificar los factores demográficos: edad y procedencia en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos -2015.

3.2.3. Identificar los factores obstétricos: paridad, edad gestacional y control prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.

3.2.4. Identificar la presencia de depresión según la Escala de depresión de Edimburgo del Embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.

3.2.5. Establecer la relación entre los factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.

CAPÍTULO II

1. MARCO TEÓRICO.

Antecedentes

Martínez, P. y col. (México 2009)¹³ en su estudio “Depresión en adolescentes embarazadas” del Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México; cuyo objetivo fue determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas dependiendo de la edad en la que se embarazaron y del apoyo recibido de familiares y amigos; el estudio fue no experimental, descriptivo y exploratorio; la muestra consistió en 100 mujeres, 50 de las cuales eran menores de 18 años, mientras que las 50 restantes eran mayores de edad.

Los resultados fueron: aquellas adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresión con sintomatología grave, dicha problemática se relacionó con agresión física y verbal, desempleo y falta de dinero; las de unión libre presentaron depresión leve; además encontraron que a mayor edad al momento de embarazarse, mayor gravedad de la sintomatología depresiva; por último, la mayoría de las mujeres que contaban con apoyo materno tendían a desarrollar depresión leve, lo cual era altamente significativo.

Bonilla, O. (Colombia 2010)¹⁴ en su estudio “Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas” atendidas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez y en el Colegio Jorge Eliécer Gaitán en Medellín, Colombia, tuvo como objetivo conocer la prevalencia de trastorno depresivo en dos grupos poblacionales de mujeres adolescentes y su asociación con embarazo; el estudio fue analítico, de corte transversal, evaluó a 125 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital y 125 adolescentes no embarazadas estudiantes del colegio; los resultados fueron: de 125 (100%) adolescentes atendidas en el hospital 32,8% presentaron depresión y de 125 (100%) adolescentes del colegio 16,8% también presentaron depresión.

Jadresic, E. (Chile 2010)¹⁵ en su artículo “Depresión en el embarazo y el puerperio en Chile”; tuvo como objetivo destacar los conocimientos actuales más importantes acerca de la depresión en el embarazo y el puerperio, refiere que un tercio de las mujeres chilenas presentan síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, mientras que la prevalencia en el postparto supera el 40%. La depresión postparto se asocia a coeficientes intelectuales más bajos en la pre adolescencia y a conductas violentas, concluye que la depresión pre y postparto son altamente prevalentes y debe considerarse tanto el impacto de no tratar, como de tratar la depresión grávido/puerperal.

Urdaneta, J. y col. (Venezuela 2011)¹⁶ en su trabajo “Prevalencia de depresión postparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo”, en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela; cuyo objetivo fue comparar la prevalencia de depresión postparto en primigestas y multíparas atendidas; los resultados fueron: existe un riesgo elevado de depresión tanto en multíparas como en primíparas.

Quezada, B. y col. (México 2012)¹⁷ en su estudio “El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes” de Instituciones Educativas y de Salud del Municipio de Guadalupe y Zacatecas, México; tuvo como objetivo identificar la relación entre depresión, estrés y número de estresores enfrentados por adolescentes bajo distintas condiciones de estado civil; el estudio fue no experimental, transversal y exploratorio; la muestra estuvo compuesta por 82 adolescentes primigestas entre 15 y 19 años; los resultados fueron: las adolescentes que se encuentran casadas o en unión libre mostraron puntajes menores de depresión que el grupo de las solteras, la edad pudiera considerarse como un posible factor que influye en la depresión.

Ceballos, G. y col. (Colombia 2013)¹⁸ en su estudio “Adolescentes gestantes: Características sociodemográficas, depresión e ideación suicida”, de tipo descriptivo - correlacional y diseño transversal, en donde se utilizó una encuesta sociodemográfica, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI); la muestra estuvo conformada por 30 adolescentes gestantes, encontrando prevalencia de depresión de 33,4% y 56,6% de ideación suicida; se registró relación significativa de $[r= ,531]$ $[\text{sig.}=0,003]$ entre la depresión e ideación suicida. Las adolescentes embarazadas presentan niveles de depresión leve o moderada, y niveles de ideación suicida medio, alto y muy alto.

Díaz, M. y col. (Venezuela 2013)¹⁹ en su estudio “Depresión y ansiedad en embarazadas”, en la consulta de perinatología y medicina materno - fetal de un Hospital Materno Infantil de Venezuela; tuvo como objetivo analizar los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas, el estudio fue correlacional, transversal y no experimental, con una muestra de 236 embarazadas. Los resultados fueron: 56,4% pertenecen al estrato socioeconómico bajo; 81% tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión.

Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor; sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativo; se concluye que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que tienen relación con tener una pareja inestable.

Sainz, K. y col. (México 2013)²⁰ en su estudio “Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas” en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de diferentes grupos etarios, el estudio fue descriptivo; se estudiaron 103 embarazadas, con un promedio de edad de 27,7 años (de 5,53); la escolaridad que predominó fue secundaria con 36,9%, casadas 75,7 %, empleadas 62,1%.

De forma global se encontró ansiedad en 50,5% y depresión en 67%; por grupos etarios, la ansiedad se presentó como sigue: en el grupo de 12 a 19 años en 41%; en el de 20 a 29 años en 46%; en el de 30 a 34 años en 76%; y en el de 35 a 39 años en 46%; respecto a la depresión en el grupo de 12 a 19 años se observó en 75%; en el de 20 a 29 años en 74%; en el de 30 a 34 años en 65%; y en el de 35 a 39 años en 31%; se realizó un sub-análisis en el cual se comparó el grupo más afectado contra el resto de los grupos, para ansiedad fue el de 30-34 años ($p=0,11$) y para depresión el de 12-19 años con significancia estadística ($p=0,006$).

Molero, L. y col. (Venezuela 2014)²¹ en su estudio “Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo”, en San Francisco Estado de Zulia en Venezuela, cuyo objetivo fue comparar la prevalencia de depresión postparto (DPP) entre puérperas adolescentes y adultas cuyos resultados fueron las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p<0,001$), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ($p<0,05$), sentimiento de culpa ($p<0,001$) y dificultad para la concentración ($p<0,001$), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP; traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP.

La entrevista del DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente; en las adultas predominó factores de riesgo significativos como el bajo nivel educativo ($p < 0,05$), las dificultades con la lactancia ($p < 0,001$) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ($p < 0,001$); la conclusión fue que la DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.

Sumano, L. y col. (México 2014)²² en su estudio “Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas” atendidas en una unidad de primer nivel en el control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar N° 65 Las Flores en Oaxaca; el estudio fue descriptivo, transversal, prospectivo, donde se evaluaron 150 embarazadas con una edad promedio de 26 años, 50 de cada trimestre gestacional a quienes se les aplicó la Escala de Edinburg para evaluar la depresión perinatal, los datos fueron tratados mediante estadística descriptiva 14% (21) presentó depresión, de ellas un 38,1% se encontraban en el primer trimestre de gestación.

Luna, M. y col. (Lima 2009)²³ en su estudio “Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor atendidas en la consulta externa del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú”; el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo; cuyos resultados fueron: la prevalencia de depresión mayor postparto fue alta en 40,1%. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

Escobar, E. (Lima 2009)²⁴ en su estudio “Depresión postparto: ¿Se encuentra asociada basada en género?” en 100 mujeres atendidas en el Hospital San Bartolomé; el objetivo fue determinar la asociación entre depresión postparto y la violencia basada en género; encontró que el 72% ya se sentía deprimida durante el embarazo, dando como resultados que la tasa de depresión postparto fue 17% encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación, se halló diferencias estadísticas entre depresión postparto y violencia basada en género ($p=0,001$), así como diferencias estadísticas entre depresión postparto y violencia durante la gestación, se concluye que las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión postparto.

Mercado, Y. y col. (Lima 2012)²⁵ en su estudio “Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima”; cuyo objetivo fue analizar los factores asociados a la depresión en gestantes, estudio de casos y controles, de corte transversal, retrospectivo, aplicaron en 226 gestantes: 113 deprimidas (casos y controles) y 113 no deprimidas (controles) cuyos resultados concluyen que los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo.

Con respecto al número de hijos se evidencia que la gran mayoría son nulíparas y presentan depresión 60,2% para grupo casos; la edad gestacional predominante corresponde al tercer trimestre 69% para el grupo casos y presentaron depresión; con respecto a los controles prenatales 46,6% de los casos tienen de 3 a menos controles; no encontró asociación significativa entre el apoyo económico por la pareja, ingreso económico familiar insuficiente y depresión durante el embarazo, las mujeres que presentaron episodio depresivo

previo a la gestación tuvieron 3,7 veces más la probabilidad para adquirir depresión en el embarazo ($p=0,000$).

Gutiérrez, C. (Trujillo 2013)²⁶ en su estudio “Edad como factor de riesgo para depresión en gestantes” atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, tuvo como objetivo determinar si la edad es un factor de riesgo para la presencia de depresión en gestantes; el estudio fue de tipo analítico, transversal de casos y controles, con una muestra de 70 gestantes entre 13 y 40 años de edad, los resultados fueron: presentaron depresión 56,25% y no presentaron 43,75%, en cuanto a la edad gestacional 32,86% se encontraban en el primer trimestre de gestación, 30% en el segundo trimestre y 37,14% en el tercer trimestre; 46,6% se encontraron en el tercer trimestre y presentaron depresión; al análisis estadístico no encontraron relación estadísticamente significativa entre la edad gestacional y la depresión ($p=0,119$); sin embargo encontraron que existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la depresión ($p=0,000$), 66,6% presentaron depresión y tenían procedencia urbana y 33,3% procedían de la zona rural; se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre estas variables ($p=0,006$).

Sulca, K. (Lima 2015)²⁷ en su estudio “Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión postparto” en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Enero a Marzo 2014; analizó la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión postparto; estudio retrospectivo, transversal, diseño descriptivo, con 150 pacientes; los resultados fueron: 17,3 % sufrió violencia física, 52,7% violencia psicológica, 6% tocamientos indebidos, 4% violación sexual y 24,7% trabajo durante su gestación, 25,3% sufrió depresión leve, 12,7% depresión moderada y 2,7% depresión severa. Se encontró relación estadística entre la violencia física intrafamiliar y la depresión severa ($p=0,003$); tocamientos inapropiados durante el embarazo por parte de algún

familiar o la pareja y la depresión moderada ($p=0,003$); violación sexual intrafamiliar y la depresión severa ($p=0,030$).

Carpio, C. (Iquitos, 2010)²⁸ en su estudio “Factores biosocio - demográficos y embarazos precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto”, utilizó el método cuantitativo, tipo no experimental, transversal, descriptivo, correlacional retrospectivo; en una muestra de 270 historias clínicas de adolescentes; entre los resultados obtenidos encontró que existe relación estadística entre grado de instrucción y embarazo precoz ($p=0,000$); edad de inicio de relaciones sexuales y embarazo precoz ($p=0,000$); procedencia y embarazo precoz ($p=0,008$); así mismo no existe relación estadística entre estado civil y embarazo precoz ($p=0,104$); y número de parejas sexuales y embarazo precoz ($p=0,278$).

No existen estudios a nivel nacional y local relacionados a las variables estudiadas por lo que el presente trabajo se constituye en una línea base para futuras investigaciones.

Bases Conceptuales

Adolescencia: La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años.^{29,30} Se divide en:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Se caracteriza por ser un periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia, el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas

vocacionales irreales, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.^{29,30}

Adolescencia Media (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres; para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo; muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.^{29,30}

Adolescencia Tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.^{29,30}

Embarazo: El embarazo o gestación, es el estado de la mujer que comprende desde la fecundación hasta el nacimiento, período en el cual sufre varios cambios físicos, metabólicos y hormonales. Los trimestres del embarazo se calculan en semanas completas o días, el primer trimestre comprende desde el primer día de la última menstruación normal hasta las 14 semanas o 98 días de embarazo, el segundo trimestre de la semana 15 a la semana 28 (196 o 199 días) y el tercer trimestre de la semana 29 hasta la semana 42 de embarazo (280 o 294 días).^{31,32}

Embarazo en la adolescencia: El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica (entendiéndose por tal al tiempo que ocurre desde la menarquia) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.³³

Según ENDES 2011³⁴ el inicio de relaciones sexuales en mujeres de la zona rural es de 17,7 años, a nivel urbana de 19,1 años; en la Selva 16.8 años a diferencia de la Sierra 18,6 años y en resto de la Costa de 19,0 años. Según muestran las cifras nacionales de ENDES 2013 ³⁵ del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13,9% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,5% eran madres y el 3,5% estaban gestando por primera vez; los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el Área Rural (20,3%) y en la Selva (23,7%); y los menores porcentajes en el Área Urbana (11,9%) y en Lima Metropolitana (10,6%) , esto a su vez se va asociar a consecuencias psicológicas, biológicas y sociales negativas tanto para la madre como su hijo, uno de los riesgos que enfrentan las madres adolescentes está particularmente vulnerable a la depresión postparto.

Derechos Sexuales: Son parte de los derechos humanos universales y están referidos a la forma de expresión de nuestra sexualidad con placer y afectividad si así lo deseamos, estableciendo relaciones sin violencia, de respeto mutuo y equidad entre hombres y mujeres, libres de discriminación y riesgo.³⁶

Derechos Reproductivos: Son parte de los derechos humanos y existen para garantizar el bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, así como la libertad para decidir informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos e hijas que cada mujer desea tener.³⁶

Factores Socioeconómicos, Demográficos y Obstétricos: Es el conjunto de características sociales, económicos, demográficos y obstétricos de una población como: estado civil, antecedentes depresivos, dependencia económica, ingreso económico, edad, procedencia, paridad, edad gestacional y control prenatal.

Estado Civil: Es la condición de la gestante adolescente según el registro civil en función de tener o no pareja y su situación legal respecto a esto, se clasifica en soltera, casada, conviviente, viuda.³⁷ Algunos autores señalan que las adolescentes que no tienen una relación de pareja desarrollan depresión con sintomatología grave y las de unión libre desarrollan depresión leve.¹³

Antecedentes Depresivos: Morbilidad anterior manifestada por abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa que afecta la manera de pensar y sentir de la gestante adolescente, las mujeres con antecedentes de depresión grave tienen un alto riesgo de recaída durante el embarazo; la depresión en general y durante el embarazo pueden ser ocasionadas por múltiples factores, entre ellos: antecedentes de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico.³⁸

Dependencia Económica: Se da siempre cuando una adolescente gestante vive gracias a los aportes económicos de la pareja o miembros de su propia familia,³⁹ la noticia del embarazo al principio es un trago amargo para la futura madre y también para la familia que juega un papel importante en este tipo de circunstancia, pues las adolescentes gestantes en la mayoría de los casos todavía se encuentran estudiando sin recursos y en plena dependencia económica, lo que significa que depende de la ayuda familiar, no solo económica sino afectiva y psicológica para salir adelante; sin embargo este es un período realmente tormentoso motivado a los grandes cambios a los que están sujetas las adolescentes, pudiendo originar problemas o conflictos entre la adolescente gestante y las personas de su entorno.⁴⁰

Ingreso Económico: Condición económica de la gestante adolescente que está relacionada con la cantidad de dinero que cuenta para su sostenimiento;⁴¹ la depresión en general y durante el embarazo pueden ser ocasionadas por múltiples factores, entre ellos, el bajo ingreso económico y el desempleo.¹³

Edad: Se define como el tiempo de vida que tiene la gestante adolescente transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad,⁴² según la OMS la clasifica en adolescencia temprana, media y tardía; por influencia de los patrones socioculturales, la edad de inicio de la actividad sexual ha variado, por lo que se presentan embarazos a más temprana edad, con las consecuencias psicosociales que limitan el proceso de desarrollo y proyecto de vida del padre y la madre adolescente; se dice que a mayor edad al momento de embarazarse se presentará mayor gravedad en la sintomatología depresiva y con el paso del tiempo más mujeres podrían experimentar depresión leve o moderada.⁴³

Procedencia: Lugar de residencia donde la gestante adolescente pasó el mayor tiempo de su vida, se clasifica en urbano, urbano - marginal y rural, ocurre con el traslado de los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores; en las áreas urbanas, los embarazos en madres adolescentes son generalmente no deseados y se dan en parejas que no hacen vida en común; la fecundidad temprana es una preocupación seria aunque ésta no se corresponde con acciones de amplia cobertura para prevenirla y atenderla, está fuertemente asociada con la residencia rural, donde los niveles más elevados de fecundidad temprana se encuentra en el área de los departamentos y regiones de la Selva y Sierra Sur del país y que estos niveles prácticamente se han mantenido en los últimos años.⁴³

Paridad: Cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), se clasifica en nulípara, primípara y múltipara,⁴⁴ respecto a la gravedad del cuadro depresivo, algunos autores señalan que las mujeres que se embarazan por primera vez tienen más posibilidad de desarrollar un cuadro con manifestaciones clínicas más leves mientras que aquellas que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo.⁴⁵

Edad Gestacional: Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación, hasta un momento determinado o dado (fecha actual), se expresa en días, semanas o meses completos.⁴⁴ La OMS lo clasifica en primer trimestre, segundo trimestre y tercer trimestre.⁴⁶ Las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre; se estima que la mitad de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollan depresión postparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante dicho periodo.⁴⁷

Control Prenatal (CPN): Conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la Institución de Salud y a la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza; se dice que los controles prenatales disminuyen notablemente la probabilidad de padecer depresión durante la gestación.⁴⁷ El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, la periodicidad de los controles prenatales son: cada 4 semanas hasta las 28 semanas, cada 3 semanas entre las 28 a 34 semanas, cada 2 semanas entre las 34 a 36 semanas, cada 7 días entre las 36 a 41 semanas y cada 48 a 72 horas a partir de las 41 a 42 semanas.⁴⁸

Depresión: Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónico o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo, en la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.⁴⁹ La Organización Mundial de la Salud publicó la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, CIE-10 (2014) donde se explica que, la depresión se caracteriza por la aparición de humor depresivo,

pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito; así mismo indica que existen tres tipos de depresión: leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes.⁵⁰

La depresión es un síndrome en el que predominan los síntomas afectivos, cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Los síntomas permanecen la mayor parte del día, el episodio puede acompañarse de un malestar clínico significativo: constipación o diarrea, dolor de cabeza y nuca y deterioro social y/o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica, ni como una reacción de duelo.⁵¹

Existen distintas definiciones respecto del curso de la depresión durante el período de embarazo y postparto, algunos autores señalan que la mayor incidencia de depresión se presenta durante los tres meses posteriores al parto,⁵² mientras otros discuten respecto que si la depresión en el embarazo y postparto es más o menos severa que la depresión en mujeres durante otras etapas,⁵³ o si los síntomas de la enfermedad difieren entre estos períodos.⁵⁴ La evidencia no es concluyente al demostrar que el curso y el pronóstico de la depresión durante el período pre y post natal sea sustantivamente distinto que durante otros períodos de la vida de la mujer.⁵⁵

Prevalencia de depresión en el embarazo:

En el embarazo, la prevalencia de depresión es de 10 a 25% y de la ansiedad de 10%, estas, junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre - hijo y se asocian con parto pre término, bajo peso al nacimiento, pre eclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales.^{56,57} Uno de los hallazgos más consistentes de la epidemiología psiquiátrica es que las mujeres tienen un riesgo casi dos veces más alto que los hombres de sufrir trastornos depresivos y en particular las de los estratos socioeconómicos más bajos. Además, la frecuencia de estos trastornos parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio, que durante otras épocas del ciclo vital.⁵⁸

En una reciente revisión Cochrane halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre; estos resultados, de un meta - análisis de 21 estudios realizado por Bennett, coinciden con la prevalencia hallada por otros autores: el 11,0% en el primer trimestre y el 8,5% para el segundo y tercero.⁵⁹

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo, actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas.⁶⁰ Los estudios epidemiológicos de los últimos años confirman que entre un 8 y un 25% de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes al parto. En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DPP: Chile 50,7%,⁶¹ Colombia 32,8%,¹⁴ México 32,6%,⁶² Perú 24,1%⁶³ y Venezuela 22%.¹⁶

Diagnóstico:

Los criterios para depresión según el sistema de clasificación diagnóstica CIE 10.^{64, 65}

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

- No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaníaco o maníaco en ningún período de la vida del individuo.
- Criterio de exclusión con más frecuencia: el episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Síndrome Somático: Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).⁶⁶ Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
3. Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
8. Notable disminución de la libido.

El Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) y la Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo (EPDS) han sido recomendados para una evaluación inicial de los síntomas depresivos porque son los más ampliamente estudiados en la investigación de estos cuadros en la etapa perinatal. Otros estudios también han utilizado el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), así como el Patient Health Questionnaire (PHQ-2), la Hospital

Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo (EPDS). Estos instrumentos son de tamizaje e indican el riesgo para un posible trastorno depresivo, pero todos ellos requieren una confirmación diagnóstica.^{67, 68}

La Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos durante la gestación, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el postparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente aprobada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el embarazo y postparto.^{67,68} La EPDS también ha sido ampliamente validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo.^{51,69} Es una escala de 10 ítems que requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. La EPDS tiene una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal.⁵¹ Una puntuación de 12 o más indica una posible depresión, de diversa gravedad. Es un instrumento muy fiable para las evaluaciones secuenciales de síntomas depresivos en el embarazo y en particular, para el tamizaje de un trastorno depresivo mayor.

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y gravedad de depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos

depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2010). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).^{70,71}

El BDI-II es fácil de utilizar y se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas incluido el día de hoy. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.^{70,71}

2. DEFINICIONES OPERACIONALES.

VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS Y

OBSTÉTRICOS: Es el conjunto de características sociales, económicas, demográficas y obstétricas de la gestante adolescente que acude al Centro de Salud Moronacocha, se midió a través de los siguientes indicadores: estado civil, antecedentes depresivos, dependencia económica, ingreso económico, edad, procedencia, paridad, edad gestacional, control prenatal.

Estado civil: Definida como la condición conyugal de la gestante adolescente y su relación con los derechos civiles. Se midió a través de los siguientes índices:

- Soltera: Cuando refirió vivir sola y no tener vínculo con su pareja.
- Casada: Cuando refirió que tiene vínculo legal (civil) o religioso con su pareja.
- Conviviente: Cuando refirió no tener vínculo legal pero si vive con su pareja.
- Viuda: Cuando refirió haber perdido a su pareja por fallecimiento.

Antecedentes Depresivos: Morbilidad anterior manifestada por abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa que afecta la manera de pensar y sentir de la gestante adolescente. Se midió a través de los siguientes índices:

- Presenta antecedentes depresivos: cuando refirió haber presentado cuadros depresivos previos al embarazo.
- No presenta antecedentes depresivos: cuando refirió no haber presentado cuadros depresivos previos al embarazo.

Dependencia económica: Situación en la cual la economía de la gestante adolescente está condicionada por la pareja o la familia. Se midió a través de los siguientes índices:

- Depende económicamente: cuando refirió que sus padres y pareja la apoyan económicamente.

- No depende económicamente: cuando refirió que es independiente y/o trabaja.

Ingreso económico: Condición económica de la gestante adolescente que está relacionada con la cantidad de dinero que cuenta para su sostenimiento. Se midió a través de los siguientes índices:

- Menos de 500 nuevos soles
- De 500 a 700 nuevos soles
- Más de 700 nuevos soles

Edad: Tiempo de vida que tiene la gestante adolescente transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista. Se midió a través de los siguientes índices:

- Adolescencia temprana: Adolescente entre los 10 a 13 años de edad.
- Adolescencia media: Es la adolescencia propiamente dicha; que se encuentra entre los 14 a 16 años de edad.
- Adolescencia tardía: Adolescente entre los 17 a 19 años de edad.

Procedencia: Lugar de residencia donde la adolescente pasó el mayor tiempo de su vida. Se midió a través de los siguientes índices:

- Urbano: Cuando refirió que reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad.
- Urbano - marginal: Cuando refirió que reside fuera del perímetro urbano.
- Rural: Cuando refirió que reside en pueblos, caseríos aledaños a la ciudad.

Paridad: Número de partos vaginal o cesárea. Se midió a través de los siguientes índices:

- Nulípara: No tuvo ningún parto.
- Primípara: Solo tuvo 1 parto.
- Multípara: Tuvo 2 o más partos.

Edad Gestacional: Tiempo de gestación transcurrido desde el primer día de la última regla hasta la fecha de la entrevista. Se midió a través de los siguientes índices:

- Primer Trimestre: Cuando refirió tener de 1 a 12 semanas de gestación.

- Segundo Trimestre: Cuando refirió tener entre 13 a 28 semanas de gestación
- Tercer Trimestre: Cuando refirió tener entre 29 y 40 semanas de gestación.

Control prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el producto de la concepción. Se midió a través de los siguientes índices:

- Control prenatal óptimo: Cuando la adolescente presentó los controles prenatales indicados para su edad gestacional: cada 4 semanas hasta las 28 semanas, cada 3 semanas entre las 28 a 34 semanas, cada 2 semanas entre las 34 a 36 semanas, cada 7 días entre las 36 a 41 semanas y cada 48 a 72 horas a partir de las 41 a 42 semanas.
- Control prenatal no óptimo: Cuando la adolescente presentó menos atenciones indicadas para la edad gestacional.

VARIABLE DEPENDIENTE:

PRESENCIA DE DEPRESIÓN: Estado emocional que se caracteriza por la presencia de una gran tristeza y aprensión, acompañado por síntomas tales como: preocupación y pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas. Se midió a través de los siguientes indicadores:

- No presenta depresión: Cuando la gestante adolescente presentó menos de 12 puntos a la aplicación de la **Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo.**
- Presenta depresión: Cuando la gestante adolescente presentó 12 o más puntos a la aplicación de la **Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo.**

3. HIPÓTESIS.

3.1. GENERAL

- Existe relación estadística entre los factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015.

3.2. ESPECIFICAS

- Existe relación estadísticamente significativa entre estado civil y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015.
- Existe relación estadísticamente significativa entre antecedentes depresivos y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015.
- Existe relación estadísticamente significativa entre dependencia económica y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015.
- Existe relación estadísticamente significativa entre ingreso económico y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015.
- Existe relación estadísticamente significativa entre edad y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015.
- Existe relación estadísticamente significativa entre procedencia y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015.
- Existe relación estadísticamente significativa entre paridad y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015.

- Existe relación estadísticamente significativa entre edad gestacional y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.
- Existe relación estadísticamente significativa entre control prenatal y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos - 2015.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

En la presente investigación se empleó el método cuantitativo porque el procedimiento de recolección, procesamiento y análisis de datos fueron realizados cuantitativamente, a través de pruebas estadísticas como Chi Cuadrado; no experimental, porque se estudió las variables tal y como se presentaron en su contexto natural, sin manipulación y sin introducción de ningún elemento que cambie las variables estudiadas; el diseño fue Descriptivo - Correlacional porque permitió observar, registrar, describir y relacionar las variables.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio estuvo constituida por 90 gestantes adolescentes que se atendieron en el Consultorio de Control Prenatal en el Centro de Salud de Moronacocha.

La muestra en estudio estuvo conformada por el 100% de la población, la misma que fue seleccionada por conveniencia y se cumplió con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Gestante adolescente que realizó sus controles prenatales en el Centro de Salud de Moronacocha.
- Gestante adolescentes entre los 10 a 19 años de edad.
- Gestante adolescente que aceptó participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Gestante adolescente que realizó sus controles prenatales en otros Centros de Salud.

- Gestante adolescente que no aceptó participar en el estudio.
- Gestante con alteraciones mentales y limitaciones en la comunicación.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio de investigación se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

3.1 Técnicas:

- **Visita Domiciliara:** técnica que permitió al equipo investigador acudir al domicilio de la adolescente para la aplicación de los instrumentos (Cuestionario y Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo).
- **Encuesta:** técnica que permitió aplicar el cuestionario.
- **La Entrevista:** técnica que permitió la interrelación entre la investigadora y la adolescente. Dio lugar al diálogo mutuo y facilitó la recolección de la información directa de los sujetos de muestra.

3.2 Instrumento:

- **El Cuestionario:** fue elaborado por las investigadoras, estructurado con preguntas abiertas y cerradas referido a los factores socioeconómicos, demográficos y obstétricos, constó de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales, contenido conformado por 09 preguntas y finalizando con observaciones, despedida y agradecimiento; en el primer ítem se recogió información de la gestante adolescente como dirección, referencias y edad actual, en el segundo ítem se recogió la información sobre la etapa de la adolescencia, procedencia, estado civil, dependencia económica e ingreso económico, paridad, edad gestacional, control prenatal y antecedentes depresivos brindando niveles de respuesta según la pregunta.

- **Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo:** es una escala breve y fácil de aplicar, que fue utilizada en la investigación para determinar la presencia de depresión en las gestantes adolescentes, constó de 10 ítems, con una puntuación máxima de 30; en donde la adolescente marcó una de las cuatro posibles respuestas que fue la que más se asemejó a la manera en la que se sintió anteriormente, requirió aproximadamente 5 minutos para responder. A las categorías de las respuestas se les dio puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 12 o más muestra la probabilidad de depresión, pero no su gravedad.

Validez y Confiabilidad

Se determinó la validez y confiabilidad del cuestionario mediante el método Delphy y/o juicio de expertos y el de intercorrelación de ítems con su coeficiente Alfa de Crombach; cabe indicar que se solicitó la participación de diez expertos, entre ellos dos (02) Ginecólogos, dos (02) Psicólogos, dos (02) Obstetras, dos (02) Licenciadas de Enfermería del Área de Salud Mental y Psiquiatría y dos (02) Investigadoras del Área de Comunidad. La validez y confiabilidad fue de 82,2% de la misma que indica un nivel aceptable; es decir, mide la variable que pretende medir.

La Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo, ha sido ampliamente validada en 1996 por O'Hara y Swain como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo; muestra una sensibilidad de 76,7%, una especificidad de 92,5% y con una confiabilidad de 84%.

4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos estuvo a cargo de las investigadoras y se realizó de la siguiente manera:

- 4.1** Se presentó una solicitud de permiso a la Decana de la Facultad de Enfermería.
- 4.2** Se solicitó autorización al Gerente de la Micro Red Iquitos Norte, Centro de Salud de Moronacocha para la ejecución del estudio y coordinación con la responsable del Consultorio de Control Prenatal, mediante un documento formal a través de la Decana de la Facultad de Enfermería, en donde se dio a conocer el propósito de la investigación y a las responsables del estudio.
- 4.3** Antes de aplicar la encuesta se informó los alcances del estudio y se solicitó su consentimiento y asentimiento informado respondiendo en forma veraz, sincera e individual.
- 4.4** Con absoluta discreción se procedió a la aplicación de los instrumentos para identificar la presencia de depresión en las gestantes adolescentes.
- 4.5** La aplicación de los instrumentos tuvo una duración de 10 a 15 minutos cada uno, aclarando cualquier duda o inquietud de la gestante adolescente.
- 4.6** Al término de la aplicación del instrumento se verificó si están correctamente llenados y de no ser así se hizo la observación correspondiente a la gestante adolescente.
- 4.7** La recolección de los datos fue realizado por las tres investigadoras haciendo uso del uniforme de Salud Pública en los turnos de mañana y tarde.
- 4.8** Después de la aplicación de los instrumentos se procedió a recolectar los datos para ser verificados con el asesor estadístico de tesis, luego se clasificaron y se ordenaron para su procesamiento, análisis e interpretación posterior.
- 4.9** Finalmente se anularon los instrumentos.

5. ANÁLISIS DE DATOS

Se procesó la información y se elaboró una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21,0 y EXCELL 2010. Se presentó los datos en tablas.

- **Análisis Univariado:** Se hizo uso de la estadística descriptiva, a función de las variables estudiadas, presentando tablas estadísticas.
- **Análisis Bivariado:** Permitted determinar la asociación entre las variables en estudio, en este análisis se empleó la prueba inferencial no paramétrica denominado Chi Cuadrado (X^2). Se consideró el nivel de significancia del 95% con el Coeficiente Alfa de Crombach = 0,05.

6. LIMITACIONES

Durante la ejecución no se presentaron limitaciones con el diseño, técnica e instrumentos empleados.

7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

- Los derechos humanos de los participantes que conformaron la muestra del estudio fueron respetados manteniendo en el anonimato la información vertida por las unidades de estudio.
- La participación de las unidades de estudio fueron de forma voluntaria mediante consentimiento informado, considerando su individualidad, privacidad y protegiendo su integridad física y moral, logrando de esa manera un ambiente adecuado.
- Las preguntas e ítems de los instrumentos no alteraron la salud física, mental y social de las unidades de estudio.
- Los resultados obtenidos fueron confidenciales y utilizados únicamente para fines de estudio.
- Los datos se analizaron en forma agrupada, luego del procedimiento los instrumentos fueron anulados.
- En todo momento se tuvo en cuenta la ética y bioética en la salud.

CAPÍTULO IV

1. RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

TABLA 01

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD MORONACocha, IQUITOS - 2015.**

Factores	Ni	%
Estado civil		
Soltera	31	34,4
Casada	3	3,3
Conviviente	56	62,2
Total	90	100,0
Antecedentes depresivos		
Presentó	75	83,3
No presentó	15	16,7
Total	90	100,0
Dependencia económica		
Depende económicamente	83	92,2
No depende económicamente	7	7,8
Total	90	100,0
Ingreso económico		
Menos de 500,00 nuevos soles	25	27,8
De 500,00 a 700,00 nuevos soles	50	55,6
Más de 700,00 nuevos soles	15	16,7
Total	90	100,0
Fuente: Elaborada por las autoras		

En la **TABLA 01**, se observó que del **100,0% (90)**, de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, **34,5% (31)** son solteras, **3,3% (3)** son casadas, mientras que, **62,2% (56)** conviven con sus parejas. Con respecto a los antecedentes depresivos **83,3% (75)** sí presentaron y **16,7% (15)** de las gestantes manifestaron no presentar antecedentes depresivos. Asimismo **92,2% (83)** manifestaron que dependían económicamente ya sea de sus padres o pareja, mientras que **7,8% (7)** dijeron que dependen de ellas mismas. El **27,7% (25)** de las gestantes adolescentes tienen ingresos mensuales menores a 500,00 nuevos soles, **55,6% (50)** reportaron ingresos mensuales entre 500,00 a 700,00 nuevos soles, mientras que **16,7% (15)** de ellas manifestaron tener ingresos mensuales superiores a los 700,00 nuevos soles.

TABLA 02

**FACTORES DEMOGRÁFICOS EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORONACOA,
IQUITOS - 2015.**

Factores	Ni	%
Edad		
Adolescencia intermedia	12	13,3
Adolescencia tardía	78	86,7
Total	90	100,0
Procedencia		
Urbano	75	83,3
Urbano - marginal	15	16,7
Total	90	100,0
Fuente: Elaborada por las autoras		

En la **TABLA 02**, se observó que del **100,0% (90)**, de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos 2015, **13,3% (12)** se encontraban en la adolescencia intermedia y **86,7% (78)** en la adolescencia tardía. Asimismo se observó que **83,3% (75)** de ellas procedían de la zona urbana, mientras que **16,7% (15)** fueron de la zona urbano marginal.

TABLA 03**FACTORES OBSTÉTRICOS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORONACOA, IQUITOS - 2015.**

Factores	Ni	%
Paridad		
Nulípara	73	81,1
Primípara	14	15,6
Multípara	3	3,3
Total	90	100,0
Edad gestacional		
Primer Trimestre	11	12,2
Segundo Trimestre	42	46,7
Tercer Trimestre	37	41,1
Total	90	100,0
Control prenatal		
Óptimo	11	12,2
No óptimo	79	87,8
Total	90	100,0
Fuente: Elaborada por las autoras		

En la **TABLA 03**, se observó que del **100,0% (90)**, de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015, **81,1% (73)** fueron nulíparas, **15,6% (14)** primíparas y sólo un **3,3% (3)** de las gestantes fueron multíparas. Además en la tabla se muestra que **12,2% (11)** se encontraron en el primer trimestre de gestación, **46,7% (42)** se encontraron en el segundo trimestre de gestación y **41,1% (37)** se encontraron en el tercer trimestre de gestación. En cuanto al control prenatal **12,2% (11)** de las gestantes tuvieron control óptimo, versus **87,8% (79)** que no tuvieron un control prenatal óptimo.

TABLA 04

**PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MORONACOA, IQUITOS - 2015.**

Factor	Ni	%
Depresión		
No presenta depresión	23	25,6
Presenta depresión	67	74,4
Total	90	100,0
Fuente: Elaborada por las autoras		

En la **TABLA 04**, se observó que del **100,0% (90)**, de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos 2015, **25,6% (23)** de ellas no presentaron depresión y **74,4% (67)** de las gestantes sí presentaron depresión.

ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 05

**ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORONACOA,
IQUITOS - 2015.**

Estado Civil	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	3	3,4	28	31,1	31	34,5
Casada	2	2,2	1	1,1	3	3,3
Conviviente	18	20,0	38	42,2	56	62,2
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

Fuente: Elaborado por las autoras.

En la **TABLA 05**, se observó que del **100,0% (90)** de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015, **74,4% (67)** presentaron depresión, de las cuales el mayor porcentaje es **42,2% (38)** fueron de estado civil conviviente.

Para verificar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2), obteniéndose un valor $X^2_c = 8,051$, $\alpha = 0,05$, $gl = 2$ y $p = 0,018$, resultados que nos permiten aceptar la hipótesis planteada, es decir, existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la depresión en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015.

TABLA 06

**ANTECEDENTES DEPRESIVOS Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
 ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
 MORONACOCHA, IQUITOS - 2015.**

Antecedentes Depresivos	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
Presentó	15	16,7	60	66,6	75	83,3
No presentó	8	8,9	7	7,8	15	16,7
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0
Fuente: Elaborado por las autoras.						

En la **TABLA 06**, se observó que del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015, **74,4% (67)** de ellas presentaron depresión, de las cuales **66,6% (60)** presentó antecedentes depresivos previo a la gestación.

Para verificar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2), obteniéndose un valor $X^2_c = 7,300$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,007$, resultados que nos permiten aceptar la hipótesis planteada, es decir, existe relación estadísticamente significativa entre los antecedentes depresivos y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015.

TABLA 07

**DEPENDENCIA ECONÓMICA Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
 ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
 MORONACOCHA, IQUITOS - 2015.**

Dependencia Económica	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
Depende económicamente	22	24,5	61	67,7	83	92,2
No depende económicamente	1	1,1	6	6,7	7	7,8
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

Fuente: Elaborado por las autoras.

En la **TABLA 07**, se observó que del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, **74,4% (67)** de ellas presentaron depresión, de las cuales **67,7% (61)** dependieron económicamente de sus padres o de sus parejas.

Para verificar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2), obteniéndose un valor $X^2_c = 0,507$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,477$, resultados que nos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre la dependencia económica y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015.

TABLA 08

**INGRESO ECONÓMICO Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MORONACOCHA, IQUITOS - 2015.**

Ingreso Económico	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 500 nuevos soles	2	2,2	23	25,5	25	27,7
De 500 a 700 nuevos soles	10	11,2	40	44,4	50	55,6
Más de 700 nuevos soles	11	12,2	4	4,5	15	16,7
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

Fuente: Elaborado por las autoras.

En la **TABLA 08**, se observó que del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015, **74,4% (67)** de ellas presentaron depresión, de las cuales el **44,4% (40)** tuvieron ingresos mensuales de 500,00 a 700,00 nuevos soles.

Para verificar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2), obteniéndose un valor $X^2_c = 22,859$, $\alpha = 0,05$, $gl = 2$ y $p = 0,000$, resultados que nos permiten aceptar la hipótesis planteada, es decir, existe relación estadísticamente significativa entre el ingreso económico mensual y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015.

TABLA 09
EDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MORONACOCHA, IQUITOS - 2015.

Edad	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adolescencia intermedia	3	3,3	9	10,0	12	13,3
Adolescencia tardía	20	22,3	58	64,4	78	86,7
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

Fuente: Elaborado por las autoras.

En la **TABLA 09**, se observó que del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, **74,4% (67)** de ellas presentaron depresión, de las cuales el **64,4% (58)** pertenecieron a la adolescencia tardía.

Para verificar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2), obteniéndose un valor $X^2_c = 0,002$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,962$, resultados que nos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Moronacocha, Iquitos 2015.

TABLA 10
PROCEDENCIA Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORONACOCHA,
IQUITOS - 2015.

Procedencia	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Urbano	22	24,4	65	72,2	87	96,7
Urbano - marginal	1	1,1	2	2,2	3	3,3
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

Fuente: Elaborado por las autoras.

En la **TABLA 10**, se observó que del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, **74,4% (67)** de ellas presentaron depresión, de las cuales **72,2% (65)** fueron gestantes que proceden de zonas urbanas.

Para verificar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2), obteniéndose un valor $X^2_c = 0,099$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,753$, resultados que nos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre la procedencia y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015.

TABLA 11
PARIDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORONACOA,
IQUITOS - 2015.

Paridad	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Nulípara	19	21,1	54	60,0	73	81,1
Primípara	3	3,4	11	12,2	14	15,6
Multípara	1	1,1	2	2,2	3	3,3
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

Fuente: Elaborado por las autoras.

En la **TABLA 11**, se observó que del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015, **74,4% (67)** de ellas presentaron depresión, de las cuales **60,0% (54)** fueron de paridad nulípara.

Para verificar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2), obteniéndose un valor $X^2_c = 0,229$, $\alpha = 0,05$, $gl = 2$ y $p = 0,892$, resultados que nos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre la paridad y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Moronacocho, Iquitos 2015.

TABLA 12

EDAD GESTACIONAL Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD MORONACOA, IQUITOS - 2015.

Edad Gestacional	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Primer trimestre	5	5,6	6	6,6	11	12,2
Segundo trimestre	9	10,0	33	36,7	42	46,7
Tercer trimestre	9	10,0	28	31,1	37	41,1
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

Fuente: Elaborado por las autoras.

En la **TABLA 12**, se observó que del **100,0% (90)**, de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015, **74,4% (67)** de ellas presentaron depresión, de las cuales **36,7% (33)** gestantes adolescentes se encontraron en el segundo trimestre gestacional.

Para verificar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2), obteniéndose un valor $X^2_c = 2,695$, $\alpha = 0,05$, $gl = 2$ y $p = 0,260$, resultados que nos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre la edad gestacional y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho, Iquitos 2015.

TABLA 13
CONTROL PRENATAL Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD MORONACOA, IQUITOS - 2015.

Control Prenatal	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
Óptimo	5	5,6	6	6,6	11	12,2
No óptimo	18	20,0	61	67,8	79	87,8
Total	23	25,6	67	74,4	90	100,0

Fuente: Elaborado por las autoras.

En la **TABLA 13**, se observó que del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos 2015, **74,4% (67)** de ellas presentaron depresión, de las cuales el **67,8% (61)** de gestantes adolescentes presentaron control prenatal no óptimo.

Para verificar la hipótesis, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2), obteniéndose un valor $X^2_c = 2,608$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,106$, con estos resultados se rechaza la hipótesis planteada, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre el control prenatal y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos 2015.

2. DISCUSIÓN

La depresión en la gestación es una patología multifactorial confirmada con los hallazgos del presente trabajo y en base a los resultados encontrados se presenta la siguiente discusión:

Al relacionar la variable estado civil y depresión se encontró $X^2_c = 8,051$, $\alpha = 0,05$, $gl = 2$ y $p=0,018$, resultados que nos permiten aceptar la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015”, estos resultados no concuerdan con Martínez, P. y col. (2009)¹³ en su estudio “Depresión en adolescentes embarazadas” del Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México, cuyos resultados fueron: aquellas adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresión con sintomatología grave y las de unión libre presentaron depresión leve; también con Quezada, B. y col. (2012)¹⁷ en su estudio “El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes” de Instituciones Educativas y de Salud del Municipio de Guadalupe y Zacatecas, México; cuyo resultado fue: las adolescentes que se encuentran casadas o en unión libre mostraron puntajes menores de depresión que el grupo de las solteras; y concuerda con Díaz, M. y col. (2013)¹⁹ en su estudio “Depresión y ansiedad en embarazadas”, en la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil de Venezuela; concluye que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que tienen relación con una pareja inestable.

Los resultados del presente trabajo de investigación demuestran estadísticamente que el estado civil y la depresión en las gestantes adolescentes son variables que se relacionan; por lo que se asume que el estado civil casado

brinda estabilidad emocional a la pareja; sin embargo el estado civil soltera en las adolescentes es un factor que contribuye a la probabilidad de desarrollar algún cuadro de depresión; es decir tener una pareja puede disminuir notablemente la presencia o la gravedad de algún cuadro depresivo.

Al relacionar la variable antecedentes depresivos y depresión se encontró: $\chi^2_c = 7,300$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,007$, resultados que nos permiten aceptar la hipótesis planteada, es decir, existe relación estadísticamente significativa entre los antecedentes depresivos y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015”, estos resultados coinciden con Mercado, Y. y col. (2012)²⁵ en su estudio “Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima”, cuyos resultados entre otros fueron: las mujeres que presentaron episodio depresivo previo a la gestación tuvieron 3,7 veces más la probabilidad para adquirir depresión en el embarazo ($p=0,000$).

Los resultados del presente trabajo de investigación evidencian que las gestantes adolescentes sujetos de la muestra presentaron antecedentes depresivos en mayor porcentaje y depresión; el hecho de tener una morbilidad anterior manifestada por abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y de culpa que afecta la manera de pensar y sentir de la adolescente, favorece a un alto riesgo de recaída durante el embarazo, especialmente si se descontinúan los medicamentos; la depresión en general y durante el embarazo pueden ser ocasionadas por múltiples factores, entre ellos: antecedentes de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico, de esta manera se confirma que presentar depresión previo a la gestación hace más vulnerable a la gestante para desarrollar dicha enfermedad.

Al relacionar la variable dependencia económica y la depresión se encontró $\chi^2_c = 0,507$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,477$, resultados que nos permiten rechazar la

hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre la dependencia económica y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, estos resultados coinciden con Mercado, Y. y col. (2012)²⁵ en su estudio “Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima”; cuyos resultados entre otros, fueron: no existe asociación significativa entre el apoyo económico por la pareja y depresión durante el embarazo, al igual con Martínez, P. y col. (2009)¹³ en su estudio “Depresión en adolescentes embarazadas” del Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México; cuyos resultados fueron: la mayoría de las mujeres que contaban con apoyo materno tendían a desarrollar depresión leve, lo cual era altamente significativo.

Los resultados del presente trabajo demuestran estadísticamente que la dependencia económica y la depresión en las gestantes adolescentes son variables independientes y no se relacionan; sin embargo se observa que porcentualmente el 67,7% son dependientes económicamente y presentaron depresión; cabe mencionar que la familia y la pareja juegan un papel importante en este tipo de situación, pues las adolescentes gestantes en la mayoría de los casos todavía se encuentran estudiando, sin recursos y dependen de la ayuda familiar, no solo económica sino afectiva y psicológica; además la adolescente considera que es un deber de los padres y la pareja atenderla económicamente dada su situación de gestante, estudiante y requiere cubrir múltiples necesidades .

Al relacionar la variable ingreso económico y depresión, se encontró $\chi^2_c = 22,859$, $\alpha = 0,05$, $gl = 2$ y $p = 0,000$, resultados que nos permiten aceptar la hipótesis planteada, es decir, existe relación estadísticamente significativa entre el ingreso económico mensual y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, estos resultados

coinciden con Martínez, P. y col. (2009)¹³ en su estudio “Depresión en adolescentes embarazadas” en el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México; cuyos resultados entre otros fueron que la falta de dinero constituyó el principal problema para sufrir depresión leve en las adolescentes embarazadas, y no concuerda con Mercado, Y. y col. (2012)²⁵ en su estudio “Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima”, los resultados entre otros fue: no encontró asociación significativa entre ingreso económico familiar insuficiente y depresión durante el embarazo.

Los resultados del presente trabajo de investigación nos indican que las gestantes adolescentes sujetos de la muestra tienen un ingreso económico bajo e intermedio las mismas que presentaron depresión en porcentajes elevados demostrando así que el ingreso económico es un factor influyente en la presencia de depresión en las gestantes adolescentes, es decir, se corrobora la premisa que dice: “la depresión pueden ser ocasionadas por múltiples factores, entre ellos el bajo ingreso económico y el desempleo”; además las carencias económicas están reconocidas como factores de riesgo, pues incrementan en 2,3 veces más la probabilidad de padecer depresión en el embarazo.

Al relacionar la variable edad y depresión se encontró $X^2_c = 0,002$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,962$, resultados que nos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, estos resultados concuerdan con Martínez, P. y col. (2009)¹³ en su estudio “Depresión en adolescentes embarazadas” en el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México; cuyos resultados entre otros fueron: A mayor edad al momento de embarazarse, mayor gravedad de la sintomatología depresiva; y no concuerda con Sainz, K. y col. (2013)²⁰ en su estudio “Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas” en la consulta

externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuyos resultados respecto a la depresión en el grupo de 12 a 19 años presentó alta significancia estadística de los otros grupos de edad con 75%.

Los resultados del presente trabajo de investigación nos indican que estadísticamente la edad y la depresión en gestantes adolescentes sujetos de la muestra son variables independientes, es decir, no influyen ni tienen relación entre ellas; porcentualmente se observa que 64,4% son adolescentes tardías y presentan depresión, por lo que queda demostrado que a mayor edad de las gestantes mayor depresión; el hecho de ser adolescente y además gestante considera a la mujer como grupo vulnerable, debido a que el desarrollo y madurez orgánico aún no alcanzan su plenitud durante la etapa adolescente por lo que no se desarrolla el control y la capacidad de tomar decisiones, planificar y anticipar el futuro, al no encontrarse plenamente desarrollado, el desequilibrio es mayor tal es así que su situación emocional está alterada y puede presentar algún cuadro depresivo.

Al relacionar la variable procedencia y depresión se encontró $X^2_c = 0,099$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,753$, resultados que nos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre la procedencia y la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, estos resultados no coinciden Gutiérrez, C. (2013)²⁶ en su estudio “Edad como factor de riesgo para depresión en gestantes” atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, encontraron que 66,6% presentaron depresión y tenían procedencia urbana y 33,3% procedían de la zona rural; y que existe relación estadísticamente significativa entre estas variables ($p=0,006$).

Los resultados del presente trabajo, evidencian estadísticamente que la procedencia y la depresión son variables independientes es decir no se relacionan; sin embargo porcentualmente se encontró que 72,2% son gestantes adolescentes de procedencia urbana y presentaron depresión; la situación sociopolítica del estado, hace que ocurra el traslado de los y las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores, tal es así que en las áreas urbanas, los embarazos en madres adolescentes son generalmente no deseados y se dan en parejas que no hacen vida en común.

Al relacionar variable paridad y depresión se encontró $X^2_c = 0,229$, $\alpha = 0,05$, $gl = 2$ y $p = 0,892$, resultados que nos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre paridad y la depresión en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, estos resultados coinciden con Mercado, Y. y col. (2012)²⁵ en su estudio “Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima” encontraron con respecto al número de hijos que la gran mayoría fueron nulíparas y presentaron depresión en un 60,2%; asimismo, no coinciden con Urdaneta, J. y col. (2011)¹⁶ en su trabajo “Prevalencia de depresión postparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo”, en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela; cuyos resultados fueron: existe un riesgo elevado de depresión tanto en multíparas como en primíparas.

Los resultados del presente trabajo demuestran estadísticamente que la paridad y la depresión en las gestantes adolescentes son variables independientes es decir no tienen relación; sin embargo porcentualmente se observa, que el 60,0% son adolescentes nulíparas y presentaron depresión; las mujeres que se embarazan por primera vez tienen más posibilidad de desarrollar un cuadro depresivo con manifestaciones clínicas más leves mientras que aquellas que

tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo de depresión establecido en el Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento del Ministerio De Salud.

Al relacionar la variable edad gestacional y depresión, se encontró $\chi^2_c = 2.695$, $\alpha = 0.05$, $gl = 2$ y $p = 0.260$, resultados que nos permiten rechazar la hipótesis planteada, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre la edad gestacional y la depresión en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Moronacocha, Iquitos 2015, estos resultados no coinciden con Sumano, L. (2014)²² que en su estudio “Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas” encontró que 38,1% presentaban depresión en el primer trimestre de gestación; también con Mercado, Y. y col. (2012)²⁵ en su estudio “Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima” cuyos resultados fueron que la edad gestacional predominante corresponde al tercer trimestre 69% para el grupo caso las mismas que presentaron depresión; las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre; y coinciden con Gutiérrez, C. (2013)²⁶ en su estudio “Edad como factor de riesgo para depresión en gestantes” atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, cuyos resultados entre otros fueron: no encontraron relación estadísticamente significativa entre la edad gestacional y la depresión ($p=0,119$).

Los resultados del presente trabajo de investigación evidencian estadísticamente que la edad gestacional y la depresión son variables independientes, es decir no se relacionan; sin embargo porcentualmente se encontró que 36,7% son gestantes adolescentes que se encuentran en el segundo trimestre de gestación y presentaron depresión, se estima que la mitad de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollan

depresión postparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante dicho periodo.

Al relacionar la variable control prenatal y depresión, se encontró $X^2_c = 2,608$, $\alpha = 0,05$, $gl = 1$ y $p = 0,106$, resultados que nos permite rechazar la hipótesis planteada, es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre el control prenatal y la depresión en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, estos resultados coinciden con Mercado, Y. y col. (2012)²⁵ en su estudio “Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima”; encontraron con respecto a los controles prenatales 46,6% de los casos tienen de 3 a menos controles.

Los resultados del presente trabajo de investigación evidencian estadísticamente que los controles prenatales y la depresión son variables independientes, es decir, no se relacionan; sin embargo porcentualmente se encontró que 67,7% son gestantes adolescentes que tienen un control no óptimo y presentaron depresión, es decir no cumplen con sus controles prenatales lo que implica que no podrá detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza; se dice que los controles prenatales disminuyen notablemente la probabilidad de padecer depresión durante la gestación.

3. CONCLUSIONES

En base a los objetivos y los resultados encontrados se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En relación a los factores socioeconómicos se encontró: del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, **62,2% (56)** conviven con sus parejas; **83,3% (75)** presentaron antecedentes depresivos; **92,2% (83)** manifestaron que dependieron económicamente de su padre o pareja; **55,6% (50)** reportaron ingresos mensuales entre 500,00 a 700,00 nuevos soles.
2. En relación a los factores demográficos se encontró: del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, **86,7% (78)** se encontraron en la adolescencia tardía y **83,3% (75)** de ellas procedieron de la zona urbana.
3. En relación a los factores obstétricos se encontró: del **100,0% (90)**, de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, **81,1% (73)** fueron nulíparas, **46,7% (42)** se encontraron en el segundo trimestre de gestación y **87,8% (79)** no tuvieron un control óptimo prenatal.
4. En relación a la depresión se encontró: del **100,0% (90)**, de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015, **25,6% (23)** de ellas no presentaron depresión y **74,4% (67)** de las gestantes sí presentaron depresión.
5. Existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la depresión (**p = 0,018**); antecedentes depresivos y la depresión (**p = 0,007**); ingreso económico mensual y la depresión (**p = 0,000**).

6. No existe relación estadísticamente significativa entre la dependencia económica y la depresión (**p = 0,477**); edad y la depresión (**p = 0,962**); procedencia y la depresión (**p = 0,753**); paridad y la depresión (**p = 0,892**); edad gestacional y la depresión (**p = 0,260**); control prenatal y la depresión (**p = 0,106**).

4. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los hallazgos del presente trabajo, hacemos las siguientes recomendaciones, que van dirigidos a directivos, trabajadores y administrativos que forman parte del área de Salud.

1. A la Dirección Regional de Salud:

A los profesionales de salud que trabajan en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Salud Moranacocha ejercer su función en lo que se refiere a la Información, Educación y Comunicación respecto al embarazo realizando actividades intra y extra muros para que las adolescentes asuman con responsabilidad su vida sexual y reproductiva.

2. A la Facultad de Enfermería:

A través de las asignaturas motivar y sensibilizar a los estudiantes de enfermería en el trabajo con las adolescentes realizando estudios de investigación donde involucren a las parejas y otros factores que pueden estar generando la depresión, como relación con los padres, amigos, etc.

En las asignaturas de Comunidad, Salud Mental y el Área Materno Infantil, propiciar actividades preventivo - promocionales a través de sesiones educativas, seminarios, talleres, visitas domiciliarias, campañas de salud, folletería relacionados a la prevención de discapacidades del bebé por nacer enfatizando la prevención de la depresión en gestantes adolescentes.

3. A la Comunidad:

Realizar actividades preventivas promocionales con las familias en la captación de adolescentes para brindar orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, depresión etc.

En la comunidad, sensibilizar sobre la importancia de los controles prenatales para que asista de manera oportuna al Centro de Salud.

Capacitar a los actores sociales sobre temas de salud sexual y reproductiva, organizar grupos vigías y de intervención local a través de sesiones educativas, charlas o talleres y así poder prevenir los casos de depresión en gestantes adolescentes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González SR. “Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes”. Archivos de medicina Familiar 2004; 6 (supl 3): 70-73.
2. Fernández LS., Carro PE., Oses FD., Pérez PJ. Caracterización de la gestante adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2004; 30 (supl 2): 134-137.
3. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en el Perú 2013. URL: <http://www.es.scribd.com/doc/11309613/Políticas-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva-Peru#scribd>.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2012. Publicado el 27 abril del 2012. URL: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1200/index.html.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2013. Nacional y Departamental. Publicado el 21 de mayo del 2014. URL: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática 2013. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2013. Publicado el 18 de setiembre del 2013.
7. Embarazo precoz en el Perú 2011 URL: <http://www.julionakiche.blogspot.com>.

8. Olavarría D. “Embarazo adolescente en el Perú 2010” URL: <http://www.mediosdecomunicacion.blogspot.es/1290277380>.
9. Lara M., Navarro C., Navarrete L., Cabrera M., y Almanza, J. “Síntomatología depresiva en el embarazo y factores asociados en tres Instituciones de Salud de la Ciudad de México”. *Salud Mental*, 2010, 29 (4), 55-62.
10. World Health Organization Depression. Visitado el 21 de Agosto de 2010. URL:http://www.who.int/mental_health/management/depression/definicion/en/.
11. World Health Organization. The global burden of disease: 2010 update. Geneva: WHO; 2011.
12. 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.
13. Martínez P., Romano K., “Depresión en adolescentes embarazadas”. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2009. 14(2):261-274. Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México.
14. Bonilla Sepúlveda O. “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* 2010, 61(3):207-213.
15. Jadresic E., “Depresión en el embarazo y el puerperio”. *Revista Chilena Neuropsiquiatra* 2010, 48(4): 269-278.

16. Urdaneta JR, Rivera AT, García J, Guerra M, Baabel NS, Contreras AJ. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la Escala de Edimburgo. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología* 2011; 76(2):102-12.
17. Quezada Berumen L., González Ramírez M. El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes. *Psicología desde el Caribe*, 2012, 29 (1).
18. Ceballos G. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2013, 5 (2), 31 - 44.
19. Díaz M., Amato R., Chávez J., Ramírez M., Rangel S., Rivera L. et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salud* 2013, 17(2): 32-40.
20. Sainz-Aceves KG, Chávez-Ureña BE, Díaz-Contreras ME, Sandoval-Magaña MA., Robles-Romero MA. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Aten Fam.* 2013;20 (1):25-27.
21. Molero L., Urdaneta R., Sanabria Ch., Baabel N., Contreras A., et. al. Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2014, 79(4).
22. Sumano, López, M. J. & Vargas, Mendoza, J. E. 2014 Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. *E - Magazine Conductitlán* 1(1) 33-47.
23. Luna Matos M.; Salinas Piélago J.; Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panameña. Salud Pública* 2010,26 (4).

24. Escobar E.; Pacora P., Custodio N., Villar W. Depresión postparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? An Facultad de Medicina, 2009; 70(2):115 - 8.
25. Mercado Huachupoma, Y., Paccori Yanac, L., “Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal”. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia: EAP de Obstetricia. Facultad de Medicina. UNMSM. 2012. Pag. 20 - 30.
26. Gutiérrez Ugaz, C. “Edad como factor de riesgo para depresión en gestantes; Hospital Lazarte – Trujillo, período Diciembre 2013” – marzo 2014 URL: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/502>.
27. Sulca Quispe K. “Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, Enero a Marzo del 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en obstetricia. EAP de Obstetricia. Facultad de Medicina., UNMSM. 2015.
28. Carpio C., “Factores biosociodemográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto” (Tesis de Licenciado) de pregrado Iquitos - 2010. Pág. 02.
29. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud Sexual y Reproductiva del adolescente. 2º edición. Asunción, Paraguay: EFACIM-EDUNA; 2010: 158 - 163.
30. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina 2001; 107: 11 - 23.
31. Furzán J., Yuburí A., Eizaga S., García- Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Méd Caracas 2010;118 (2):119-126.

32. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med.* 1995; 332:1113-1117.
33. Clamosa, E. Pelegri, N. “Embarazos en adolescencias” Revista en niño. Instituto del campo Freudiano. Paidós Ibérica Barcelona. 2014. URL: <http://www.monografias.com/trabajos102/embarazo-las-adolescentes/embarazo-las-adolescentes.shtml>.
34. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011. URL: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html.
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013. http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html.
36. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Lima - Perú. Última actualización 09 de octubre del 2015. Derechos Sexuales y Reproductivos. URL: <http://www.flora.org.pe/aoe/derechos5.htm>.
37. Maria G. Ulanowicz., Karina Elizabeth Parra., Gisela Elizabeth Wendler., Dra. Lourdes Tisiana Monzón. “Riesgos en el embarazo adolescente, Colombia 2010”. URL: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm.
38. Women’s Health y Education Center Hospital Campus Medical Building 300 Stafford Street # 265 Springfield, MA 01104 United States of America. Web site last updated on September 21, 2015. Publicado: 29 june

- 2011.URL:<http://www.womenshealthsection.com/content/obsmdsp/obsmd016.ph3>.
39. Periódico de Circulación Nacional “LA PATRIA” 2012. Editorial LA PATRIA. Tienda Oruro, Bolivia. Publicado: sábado 28 de julio de 2012. URL: <http://lapatriaenlinea.com/?nota=114498>.
40. Juan Bautista C.B. 2011 “Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E” Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Programa de Maestría en Salud Publica, Pagina Del 30 Al 32.
41. Rodríguez M., Ramón A. “Ingreso económico en la gestación 2015”. Unidad Editorial Información Económica. URL: <http://www.expansion.com/diccionario-economico/ingreso.html>.
42. Oxford dictionaries language matters. 2015. About URL: <http://www.Oxforddictionaries.com>.
43. Bach. Enf. Garcia, N., Tesis: “Variables demográficas, culturales y actitudes de los adolescentes hacia el embarazo precoz en el AA.H.H Juan Carlos Del Águila - Iquitos 2009”.
44. Feliciano Víctor Gutarra Cerron, “Conceptos básicos de obstetricia” Universidad Nacional de Tumbes - Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Obstetricia. Publicado el 17 de marzo de 2012. URL: <http://es.slideshare.net/vigutaunt2011/conceptos-bsicos-de-obstetricia>.
45. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. Ministerio De Salud 2014. URL:<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>.

46. Gómez M., Danglot C., Aceves M., “Clasificación del Tiempo Gestacional”. La OMS 2013. Ensayo - Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Ensayo Vol. 79, Núm. 1. Publicado Enero-Febrero 2012 pp. 32-39. URL: <http://www.medigraphic.org.mx>.
47. Goldman, H. Psiquiatría General. “El manual moderno” Publicado Febrero 2010 México pp. 35-40.
48. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA. URL:<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf> (Fecha de acceso: 28 de marzo del 2016).
49. DSM - IV: (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, es decir, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Dr. José Antonio García Higuera. Miembro del equipo de Psicoterapeutas. Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia 24/09/2010. URL: <http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/depresion/depresion.html>.
50. Organización Mundial de la Salud 2014. Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE- 10). Organización Panamericana de la Salud (OPS Washington Enero 2014). URL: <http://www.msssi.gob.es>.
51. American Psychiatric Association 2010. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Tr. USA: Author.
52. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer - Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet. Gynecol. Noviembre de 2010; 106(5 Pt 1):1071-83.

53. Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress. Anxiety* 2011; 11(2):66 - 72.
54. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J. Clin. Psychiatry.* 2012; 60 (3):176-80.
55. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edinburgh; 2012.
56. Bello, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E. & Lozano R. 2013. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México.* 47(1):S4- S11.
57. Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F. & Juárez, F. 2011. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres Instituciones de Salud de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (4), 55-62.
58. Blazer D. G., Kessler, R. C., Mcconagle, K. A. & Swartz, M. S. 2013. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151 (7) 979-86.
59. Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. & Einarson, T. R. (2014) Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, 103, 698 - 709.

60. Percy Pacora J., Custodio N., Villar W. Depresión postparto: ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *An Fac Med.* 2010; 70 (2):115 – 8.
61. Molero L., Urdaneta R., Sanabria Ch., Baabel N., Contreras A., et. al. Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.* 2014, 79 (4).
62. Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG., “Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en Hospitales Públicos de Durango, México”. *Gac Méd México.* 2010; 146 (1):1-9.
63. Bulnes MS, Ponce CR, Huerta RE, Elizalde R, Santiváñez WR, Aliaga JR; Álvarez L, Calmet R. Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de Centros Escolares de Lima Metropolitana. *Revista Investigación de Psicología* 2012; 8(2):23-39.
64. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Guía de Bolsillo, Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión, CIE-10.* Ginebra: OMS. Pub; 2014.
65. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®.* American Psychiatric Pub; 1995.
66. Ministerio de Salud. *Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo, Postparto y Apoyo al Tratamiento* Santiago: MINSAL, 2014.
67. Alvarado R., Guajardo V., Rojas G., Jadresic E. *Validación de la Escala de Edimburgo del embarazo.* Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile 2012.

68. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2011; 51:1087-1093.
69. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos 2011. Madrid-España. Evaluación del inventario de Beck-BDI-II. URL:<https://www.telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/12/inventariodedepresiondebeck.pdf>.
70. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento 2014. URL:<http://www.web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypostpartofinal12032014.pdf>.
71. Lam N, Contreras H, Morí E, Cuesta F, Gutiérrez C, Neyra M, Gil E, Córdova G. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM*. 2011, 70 (1), 28-32.



**“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOA, IQUITOS
2015”**

**INSTRUMENTO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Presentación:

Señora.....tenga usted muy buenos días, somos bachilleres de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, el motivo de esta visita es para solicitarle su participación voluntaria en el proyecto tesis titulada: “Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos relacionados a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacochoa, Iquitos - 2015”.

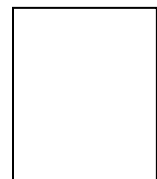
Todos los datos que se obtengan de su valiosa colaboración serán utilizados solo por las investigadoras, y será manejado para este estudio y al finalizar el mismo serán destruidos.

Le agradecemos anticipadamente su participación.

Yo.....acepto
participar libre y voluntariamente en el estudio

Firma

DNI -----



Muchas Gracias.



“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACocha, IQUITOS 2015”

**INSTRUMENTO 2
ASENTIMIENTO INFORMADO**



TITULO DEL PROYECTO: "FACTORES SOCIOECONÓMICOS DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORONACocha, IQUITOS - 2015"

PRESENTACION: Sr(a):..... tenga Ud. muy buenos(as) días/tardes.

Mi nombre es Bonnie Stefani Acosta Piera, María Verónica Urresti Ramírez, Sybila Viviana Pinedo Grandez; somos bachilleres en Enfermería egresadas de la Facultad de Enfermería de la UNAP, estamos llevando a cabo un estudio de investigación sobre: "FACTORES SOCIOECONÓMICOS DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORONACocha, IQUITOS - 2015", como requisito para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería; por lo que le invitamos a participar en este estudio en forma voluntaria. La investigación se llevará a cabo en un lapso de seis (6) meses, de ello solo un (1) mes se tomará para la recolección de datos y su análisis respectivo, por lo que en ese tiempo participará Ud. como sujeto de la muestra un (1) día determinado durante 15 minutos, en el cual le aplicaremos un cuestionario sobre los factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos y una Escala para evaluar la depresión; en su domicilio o Centro de Salud. Su participación el estudio no significará ningún riesgo para su salud física, mental ni de ningún otro tipo. Si Ud. tiene alguna pregunta o duda serán resueltas, le agradecemos su atención.

Si Ud. acepta participar en el estudio y por cualquier razón decide retirarse tiene la



**“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCCHA, IQUITOS
2015”**

libertad de hacerlo sin ningún inconveniente, no perjudicará al trabajo.

Todos los datos que se obtengan lo utilizaremos solo los investigadores y al finalizar el estudio serán destruidos. Si acepta participar en el estudio, por favor coloque su nombre, firma y huella digital al final de este formato, muchas gracias.

CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES:

Si Ud. acepta consentir a su menor hija/pareja/familiar en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos por favor que contacte a la señorita Bonnie Stefani Acosta Piera al número de teléfono móvil 949025422 o al domicilio calle Távara #813.

FIRMA DEL ASENTIMIENTO:

Yo.....declaro haber recibido información suficiente sobre el estudio, haber podido esclarecer algunas dudas y he sido informada por la bachiller.....además declaro haber comprendido que mi participación en el estudio es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en el momento que así lo disponga sin perjuicio personal. También declaro mi libre disponibilidad de participar en el estudio con la condición de que seré informada de los resultados encontrados.

Nombres.....

DNI.....

Firma.....

Huella Digital

FECHA :...../...../

HORA :.....



Muchas gracias.



**“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOA, IQUITOS
2015”**

ANEXO N°4

**CUESTIONARIO SOBRE FACTORES SOCIOECONÓMICOS,
DEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS.**

CÓDIGO

I. PRESENTACIÓN.

Señora tenga Ud. Muy buenos días soy Bachiller en Enfermería egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, nos encontramos realizando un estudio de investigación referente a “Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos relacionado a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Moronacochoa Iquitos – 2015”, los resultados que se obtengan en este trabajo servirán de base referencial para mejorar y optar estrategias de intervención adecuadas que conlleven a la toma de decisiones acertadas correctivas referidas a los factores relacionados a la depresión.

Por lo cual requiero de su colaboración en responder con veracidad a las preguntas del cuestionario, los datos que se obtengan serán totalmente anónimos y servirán sólo para los efectos del estudio de investigación, por lo que agradecemos anticipadamente a sus respuestas y así poder alcanzar los objetivos trazados.

¡Muchas gracias por su participación!

II. INSTRUCCIONES.

Usted marcará con una (X) o encierre en un círculo la respuesta que considere conveniente a cada pregunta.

El tiempo para el desarrollo del cuestionario será máximo 5 minutos, asegúrese de no omitir ninguna pregunta, cualquier duda puede preguntar sin ningún inconveniente, las cuales serán aclaradas por las investigadoras.

III. DATOS PARA SER LLENADO POR LA INVESTIGADORA:

Nombre de la investigadora:.....

Hora:.....

Fecha:...../...../.....



**“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACocha, IQUITOS
2015”**

CUESTIONARIO

IV. DATOS GENERALES:

1. Dirección:.....Referencia:.....
2. Edad Actual:.....

**V. FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS,
OBSTÉTRICOS RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN
GESTANTES ADOLESCENTES.**

1. ¿En qué etapa de la adolescencia se encuentra usted?
 - a) Adolescente temprana: 10 a 13 años
 - b) Adolescente intermedio: 14 a 16 años
 - c) Adolescencia tardía: 17 a 19 años
2. ¿Cuál es su lugar de procedencia?
 - a) Urbano
 - b) Urbano - Marginal
 - c) Rural
3. ¿Cuál es su estado civil actualmente?
 - a) Soltera
 - b) Viuda
 - c) Casada
 - d) Conviviente
4. ¿Usted económicamente de quién depende?
 - a) Padres
 - b) Pareja
 - c) Yo sola



**“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACocha, IQUITOS
2015”**

- 5. ¿Cuánto es su ingreso mensual?
 - a) Menos de 500 Nuevos Soles.
 - b) De 500 a 700 Nuevos Soles
 - c) Más de 700 Nuevos Soles
- 6. ¿Cuántas semanas de gestación tiene Ud.?

.....
- 7. ¿Cuántos controles prenatales ha tenido desde que se inició su embarazo?

.....
- 8. ¿Cuántos partos ha tenido Ud. hasta la actualidad?
 - a) Ningún parto.
 - b) Solo 1 parto.
 - c) Más de 2 partos.
- 9. ¿Antes o durante su embarazo Ud. presentó sentimientos de tristeza, culpa o abatimiento?
 - a) Presentó
 - b) No presentó

OBSERVACIONES SÓLO LLENADO POR LAS INVESTIGADORAS

.....
.....

DESPEDIDA Y AGRADECIMIENTO

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Y PARTICIPACIÓN, SERÁ DE GRAN UTILIDAD PARA EL ESTUDIO Y A USTED EN EL FUTURO!



**“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCCHA, IQUITOS
2015”**

ANEXO N° 5

ESCALA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO DEL EMBARAZO.

CÓDIGO

VI. PRESENTACIÓN.

Señora tenga Ud. Muy buenos días soy Bachiller en Enfermería egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, nos encontramos realizando un estudio de investigación referente a “Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos relacionado a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud de Moronacocha Iquitos – 2015”, los resultados que se obtengan en este trabajo servirán de base referencial para mejorar y optar estrategias de intervención adecuadas que conlleven a la toma de decisiones acertadas correctivas referidas a los factores relacionados a la depresión.

Por lo cual se requiere de su colaboración en responder con veracidad a las preguntas del cuestionario, los datos que se obtengan serán totalmente anónimos y servirán solo para los efectos del estudio de investigación, por lo que agradecemos anticipadamente a sus respuestas y así poder alcanzar los objetivos trazados.

¡Muchas gracias por su participación!

VII. INSTRUCCIONES.

Usted marcará con una (X) o encierre en un círculo la respuesta que considere conveniente a cada pregunta.

El tiempo para el desarrollo de la Escala de Depresión de Edimburgo del Embrazo será máximo 5 minutos, asegúrese de no omitir ninguna pregunta, cualquier duda puede preguntar sin ningún inconveniente, las cuales serán aclaradas por las investigadoras.

VIII. DATOS PARA SER LLENADO POR LA INVESTIGADORA:

Nombre de la investigadora:.....

Hora:.....

Fecha:...../...../.....



**“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCCHA, IQUITOS
2015”**

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor marque con una X o encierre en un círculo la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

ITEMS	PUNTAJE
1. ¿He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas? a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos d) No, no he podido	0 1 2 3
2. ¿He disfrutado mirar hacia el futuro? a) Tanto como siempre b) Algo menos de lo que solía hacer c) Definitivamente menos d) No, nada	0 1 2 3
3. ¿Cuándo las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente? a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, algunas veces c) No muy a menudo d) No, nunca	3 2 1 0
4. ¿He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo? a) No, para nada b) Casi nada c) Sí, a veces d) Sí, a menudo	0 1 2 3



“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACocha, IQUITOS
2015”

5. ¿He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo? a) Sí, bastante b) Sí, a veces c) No, no mucho d) No, nada	3 2 1 0
6. ¿Las cosas me han estado preocupando? a) Sí, la mayor parte de las veces b) Sí, a veces c) No, casi nunca d) No, nada	3 2 1 0
7. ¿Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir? a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, a veces c) No muy a menudo d) No, nada	3 2 1 0
8. ¿Me he sentido muy triste? a) Sí, casi siempre b) Sí, bastante a menudo c) No muy a menudo d) No, nada	3 2 1 0
9. ¿Me he sentido desdichada que he estado llorando? a) Sí, casi siempre b) Sí, bastante a menudo c) Sólo en ocasiones d) No, nunca	3 2 1 0



**“FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACocha, IQUITOS
2015”**

10. ¿Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño?	
a) Sí, bastante a menudo	3
b) A veces	2
c) Casi nunca	1
d) No, nunca	0
TOTAL	

EVALUACIÓN:

- No presenta Depresión: Cuando la gestante adolescente presenta menos de 12 puntos a la aplicación de la **Escala de Depresión de Edimburgo para Embarazo**.
- Presenta Depresión: Cuando la adolescente gestante presenta 12 o más puntos a la aplicación de la **Escala de Depresión de Edimburgo para Embarazo**.

OBSERVACIÓN SÓLO LLENADO POR LAS INVESTIGADORAS

.....
.....

DESPEDIDA Y AGRADECIMIENTO

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Y PARTICIPACIÓN, SERÁ DE GRAN UTILIDAD PARA EL ESTUDIO Y A USTED EN EL FUTURO!

“FACTORES SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESION EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCHA,
IQUITOS 2015”

ANEXO N° 6

CODIFICACIÓN DE CUESTIONARIO

ÍTEMS	CODIFICACIÓN
FACTORES SOCIOECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS EN GESTANTES ADOLESCENTES	
P.1 ¿En qué etapa de la adolescencia se encuentra Ud? P.1.1 Adolescente temprana P.1.2 Adolescente intermedia P.1.3 Adolescente tardía	0 1 2
P.2 ¿Cuál es su lugar de procedencia? P.2.1 Urbano P.2.2 Urbano-Marginal P.2.3 Rural	0 1 2
P.3 ¿Cuál es su estado civil actualmente? P.3.1 Soltera P.3.2 Viuda P.3.3 Casada P.3.4 Conviviente	0 1 2 3
P.4 ¿Usted económicamente de quién depende? P.4.1 Padres P.4.2 Pareja P.4.3 Yo sola	0 1 2
P.5 ¿Cuánto es su ingreso mensual? P.5.1 Menos de S//. 500 N.S P.5.2 De S//. 500 a 700 N.S P.5.3 Más de S//. 700 N.S	0 1 2
P.6 ¿Cuántas semanas de gestación tiene Ud.? P.6.1 Primer Trimestre P.6.2 Segundo Trimestre P.6.3 Tercer Trimestre	0 1 2
P.7 ¿Cuántos controles prenatales ha tenido desde que se inició su embarazo? P.7.1 Control Prenatal Optimo P.7.2 Control Prenatal No Optimo	0 1



“FACTORES SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESION EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCHA,
IQUITOS 2015”

P.8 ¿Cuántos partos ha tenido Ud. hasta la actualidad? P.8.1 Nulípara P.8.2 Primípara P.8.3 Multípara	0 1 2
P.9 ¿Antes o durante su embarazo Ud. presentó sentimientos de tristeza, culpa o abatimiento? P.9.1 Presentó P.9.2 No presentó	0 1

“FACTORES SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS RELACIONADO A LA DEPRESION EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCCHA, IQUITOS 2015”

**6. ANEXOS
DEFINICIONES OPERACIONALES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
Independiente Factores socioeconómicos, demográficos y obstétricos.	<p>Es el conjunto de características sociales, económicas, demográficas y obstétricas de la gestante adolescente. Se medirá a través de los siguientes indicadores:</p> <p>Estado civil: Definida como la condición conyugal de la gestante adolescente y su relación con los derechos civiles. Se medirá a través de los siguientes índices:</p>	<p>Soltera.</p> <p>Casada.</p> <p>Conviviente.</p> <p>Viuda.</p>	<p>Cuando refirió si vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con su pareja.</p> <p>Cuando refirió que tiene vinculo legal (civil) o religioso con su pareja.</p> <p>Cuando refirió que no tiene vínculo legal pero vive con su pareja.</p> <p>Cuando refirió el estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento.</p>	Ordinal	¿Cuál es su estado civil actualmente?
	<p>Antecedentes Depresivos: Morbilidad anterior manifestada por abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y</p>	<p>Presenta.</p>	<p>Cuando refirió haber presentado cuadros depresivos previo al embarazo.</p>	Nominal	¿Antes o durante su embarazo Ud. presentó sentimientos de

“FACTORES SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS RELACIONADO A LA DEPRESION EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCCHA, IQUITOS 2015”

	de culpa que afecta la manera de pensar y sentir de la gestante adolescente. Se medirá a través de los siguientes índices	No presenta.	Cuando refirió no haber presentado cuadros depresivos previo al embarazo.		tristeza, culpa o abatimiento?
	Dependencia económica: Situación en la cual la economía de la adolescente está condicionada por la pareja o la familia. Se medirá a través de los siguientes indicadores:	Depende económicamente. No depende económicamente.	Cuando la adolescente refirió que sus padres y pareja la apoyan económicamente. Cuando la adolescente refirió que es independiente y/o trabaja.	Nominal	¿Ud. Económicamente de quién depende?
	Ingreso económico: Condición económica de la adolescente que está relacionada con la cantidad de dinero que cuenta para su sostenimiento. Se medirá a través de los siguientes indicadores:	Menos de 500 nuevos soles. De 500 a 700 nuevos soles.	Cuando la adolescente refirió que sus ingresos económicos son menos de la cantidad antes mencionada. Cuando la adolescente refirió que sus ingresos económicos están entre 500 a 700 nuevos soles.	Nominal	¿Cuánto es su ingreso mensual?

“FACTORES SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS RELACIONADO A LA DEPRESION EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACocha, IQUITOS 2015”

		Más de 700 nuevos soles.	Cuando la adolescente refirió que sus ingresos mensuales superan los 700 nuevos soles.		
	Edad: Tiempo de vida que tiene la gestante adolescente transcurrido desde el nacimiento a la fecha de la entrevista. Se medirá a través de los siguientes indicadores:	Adolescencia temprana. Adolescencia media. Adolescencia tardía	Adolescente entre los 10 a 13 años de edad. Es la adolescencia propiamente dicha; que se encuentra entre los 14 a 16 años de edad. Adolescente entre los 17 a 19 años de edad.	Nominal	¿En qué etapa de la adolescencia se encuentra Usted?
	Procedencia: Lugar de residencia, donde la adolescente pasó el mayor tiempo de su vida. Se medirá a través de los siguientes indicadores:	Urbano Urbano- marginal Rural	Cuando refirió que reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Cuando refirió que reside en áreas alejadas del perímetro urbano. Cuando refirió que reside en pueblos, caseríos aledaños a la ciudad.	Nominal	¿Cuál es su lugar de procedencia?

“FACTORES SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS RELACIONADO A LA DEPRESION EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCCHA, IQUITOS 2015”

	Paridad: Número de partos vaginales o cesáreos. Se medirá a través de los siguientes indicadores:	Nulípara primípara multípara	Cuando la gestante adolescente refirió no haber tenido partos. Cuando la gestante adolescente refirió haber tenido solo 1 parto. Cuando la gestante adolescente refirió haber tenido más de 2 partos	Nominal	¿Cuántos partos ha tenido Ud. hasta la actualidad?
	Edad Gestacional: Se refiere al tiempo de gestación transcurrido desde el primer día de la última regla hasta la fecha de la entrevista. Se medirá a través de los siguientes indicadores:	Primer Trimestre Segundo Trimestre Tercer Trimestre	Tiempo transcurrido desde 1 a 12 semanas de gestación Tiempo transcurrido desde 13 a 28 semanas de gestación Tiempo transcurrido desde 29 a 40 semanas de gestación	Nominal	¿Cuánto semanas de gestación tiene Ud.?
	Control prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de	Control prenatal óptimo.	Cuando la adolescente asistió a todos los controles prenatales sugeridos por la norma	Nominal	¿Cuántos controles prenatales ha tenido desde que se inició

“FACTORES SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS RELACIONADO A LA DEPRESION EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCCHA, IQUITOS 2015”

	salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el producto de la concepción. Se medirá a través de los siguientes indicadores		técnica: cada 4 semanas hasta las 28 semanas, cada 3 semanas entre las 28 a 34 semanas, cada 2 semanas entre las 34 a 36 semanas, cada 7 días entre las 36 a 41 semanas y cada 48 a 72 horas a partir de las 41 a 42 semanas		su embarazo?
		Control prenatal no óptimo.	Cuando la adolescente no asistió a sus controles prenatales sugeridos por la norma técnica.		
VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Variable dependiente: Nivel de depresión según el test de Edimburgo en gestantes	Estado emocional que se caracteriza por la presencia de una gran tristeza y aprensión, acompañado por síntomas tales como: preocupación, pérdida de un estado emocional que se caracteriza por la presencia de una gran tristeza y aprensión.	Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo: Es el documento que fue utilizado en la investigación para determinar la prevalencia de depresión en	No presentó Depresión: Cuando la adolescente gestante presentó menos de 12 puntos a la aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo. Presentó Depresión: Cuando la adolescente	Nominal	Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo: 10 preguntas.

“FACTORES SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS RELACIONADO A LA DEPRESION EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACOCHA, IQUITOS 2015”

		<p>gestantes. Se medirá a través de los siguientes indicadores:</p> <p>No presenta depresión. Presenta depresión.</p>	<p>gestante presentó 12 o más a más puntos a la aplicación del Escala de Depresión de Edimburgo del Embarazo.</p>		
--	--	---	--	--	--



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“FACTORES SOCIOECONOMICOS, DEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS
RELACIONADO A LA DEPRESION EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORONACocha, IQUITOS
2015”**