

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
EP. Psicología



Una Institución Adventista

TESIS

**Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de
Salud Revolución – 2014**

Tesis para optar el título profesional de Psicólogo

Autor

Ventocilla Lipa, Verónica

Asesor

Psic. Helen Sara Flores Mamani

Juliaca, Julio de 2015

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a no perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres y hermanos por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. A mi novio quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. Thomas Chalmers

Agradecimientos

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida y por guiarme por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a no perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi madre, mis hermanos y mi novio por apoyarme en todo momento.

A mis docentes de la Universidad Peruana Unión, quienes aportaron en mi formación profesional con un granito de arena, en especial al Magister Germán Mamani Cachicatari.

Tabla de contenido

Dedicatoria	2
Agradecimientos.....	3
Tabla de contenido	4
Resumen	8
Abstrac	9
Introducción	10
Capítulo I.....	12
El Problema	12
1.1. Descripción de la situación problemática	12
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general.....	16
1.2.2. Problemas específicos.....	16
1.3. Objetivos de la investigación	16
1.3.1. Objetivo general.....	16
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Justificación y viabilidad	17
Capítulo II	19
Marco Teórico.....	19
2.1. Antecedentes de la investigación.	19

2.2. Marco teórico.....	26
2.2.1. Embarazo	26
2.2.2. Psicología en la mujer embarazada.....	28
2.2.3. Adolescencia.....	29
2.2.4. Periodos de la adolescencia	32
2.2.5. Desarrollo psicosocial en la adolescencia	35
2.2.6. Depresión	35
2.2.7. Teorías de la depresión	37
2.2.8. Criterios para el diagnóstico de la depresión	39
2.2.9. Tipos de depresión	40
2.2.10. Epidemiología de la depresión en adolescentes	43
2.2.11. Factores causantes de depresión en el embarazo	44
2.2.12. Factores de riesgo de depresión durante el embarazo	45
2.2.13. Riesgos de no tratar la depresión durante el embarazo	46
2.3. Marco bíblico filosófico	46
2.4. Marco conceptual	47
2.4.1. Embarazo	47
2.4.2. Depresión	48
2.4.3. Adolescencia.....	48
Capítulo III	49
Diseño Metodológico	49

3.1. Tipo de Investigación.....	49
3.2. Identificación de variables	49
3.2.1. Operacionalización de variables	50
3.3. Descripción del lugar de la ejecución	50
3.6. Población y muestra.....	51
3.6.1. Población	51
3.6.2. Determinación de la muestra	51
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
3.8. Procesamiento de datos.....	55
Capítulo IV.....	56
Resultados y Discusión	56
4.1. Resultados de la investigación	56
4.1.1. En relación a la hipótesis general	56
4.1.2. En relación a la primera hipótesis específica	57
4.1.3. En relación a la segunda hipótesis específica	58
4.1.4. En relación a la tercera hipótesis específica	58
4.2. Discusión.....	59
Capítulo V.....	64
Conclusiones y Recomendaciones.....	64
5.1. Conclusiones.....	64
5.2. Recomendaciones.....	65

Referencias bibliográficas.....	66
Anexos	71

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo describir los niveles de depresión que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud La Revolución. El diseño muestral es no probabilístico utilizando criterios de inclusión y exclusión, la muestra estuvo conformada por 72 madres gestantes entre las edades de 16 a 28 años, que acudieron a atenderse en la Micro red de Salud. El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal, para el recojo de la información se aplicó la Escala de depresión de Hamilton que consta de 17 ítems, y consta de tres dimensiones (melancolía, ansiedad y sueño). Los resultados indican que la mayoría de madres gestantes presentan un nivel de depresión ligera (55.6%), seguido del nivel de no depresión (22.2%) y depresión moderada y grave con 15.3% y 6.9% respectivamente; en la dimensión de sueño, el 41.7% de las madres presentan depresión grave.

Palabras clave: embarazo, depresión, adolescencia.

Abstrac

This research aimed to describe levels of depression that expectant mothers have the Micro Red Juliaca - Revolution Health Center. The sample design is probabilistic using inclusion and exclusion criteria, the sample consisted of 72 pregnant women who attended met in Micro Health Network. The research design is not experimental cross section for the pickup of training in the Hamilton Depression Scale consisting of 17 items was applied, and consists of three dimensions (melancholy, anxiety and sleep). The results indicate that the majority of pregnant mothers have a slight depression level (55.6%), followed by depression not level (22.2%) and moderate and severe depression with 15.3% and 6.9% respectively; in the dimension of sleep, 41.7% of mothers with severe depression.

Keywords: pregnancy, depression, adolescence.

Introducción

Para muchos profesionales, la ansiedad y la depresión se consideran trastornos de gran importancia, debido a que se trata de los dos motivos de consulta más comunes en el ámbito psicológico y psiquiátrico, pudiendo aparecer como sentimientos que se encuentran íntimamente relacionados. Se estima que la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo de forma importante en la morbilidad mundial, además, la depresión afecta más a la mujer que al hombre y al ser producida por diversos estímulos, tiene la capacidad de inducir cambios desfavorables en la salud física y psicológica del individuo

La depresión consiste en la disminución del estado de ánimo con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, se acompaña de diversos síntomas psíquicos tales como tristeza, alteraciones de la concentración y de la memoria, y esta disminución del estado de ánimo está asociado al periodo de gestación de la mujer, razones por las que se realiza la presente investigación.

En el Capítulo I está el planteamiento del problema de investigación, la caracterización y formulación del problema, seguidos por los objetivos y la justificación de la investigación.

En el Capítulo II, se esboza el marco teórico, haciendo el recuento de los principales estudios empíricos relacionados con la investigación, así como los elementos teórico-conceptuales que enmarcan y guían el desarrollo de la investigación y la hipótesis formuladas.

En el Capítulo III se diseña la metodología de la investigación, determinando el tipo, nivel, diseño de la investigación, delimitación de la población y muestra; planteamiento de las hipótesis y la operacionalización de las variables, así como, la descripción e interpretación de las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el Capítulo IV se presentan los resultados y discusión de la investigación para culminar en el Capítulo V con las conclusiones y recomendaciones que se esgrimen de la investigación. Finalmente se consideran las referencias bibliográficas y los anexos de esta investigación.

Capítulo I

El Problema

1.1. Descripción de la situación problemática

El embarazo es un período en la vida de la mujer que requiere especial atención e involucra cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden tener un efecto directo en la condición general de la mujer. La depresión prenatal sin tratamiento es considerada un factor de riesgo determinante para el desarrollo de la depresión posparto en un 50% a 65 % (Borda, et al., 2013)

Cada día se reconoce y atiende más la depresión postnatal como un problema de salud pública, mientras que la depresión durante el embarazo, que es muy común, ha recibido menos atención, padecen depresión mayor durante la gestación de 2% a 21% y hasta 38% entre quienes tienen bajo nivel socioeconómico (Lara & Navarrete, 2012).

La adolescencia, según la OMS, es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; dicho período fija sus límites entre los 10 y 19 años. La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez que se reflejan en la esfera anatómica, fisiológica, social y cultural.

Actualmente, hay más de mil millones de adolescentes en el mundo, de esa cifra, 85% se encuentran en los países en vías de desarrollo y más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Asimismo, el 10% de los partos acontece en adolescentes y la muerte materna es de 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años. El embarazo no planeado en una adolescente puede repercutir sobre su esfera social, interrumpe el proyecto educativo y genera la necesidad de trabajar, todo lo cual se refleja en su situación económica y en la salud de sus hijos (Bonilla-Sepúlveda, 2010)

Actualmente es notable observar que los adolescentes sienten desorientación, confusión, poca seguridad y confianza en sí mismos; convirtiéndolos en un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo, tales como: el inicio precoz de actividades sexuales, conllevándolos a infecciones de transmisión sexual, VIH - SIDA, embarazos no planificados y abortos; poniendo en riesgo su salud sexual y reproductiva.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno complejo, y está asociado a factores económicos, sociales y de comportamiento sexual, y es considerada, en estas últimas décadas, como un importante problema de salud pública en virtud de la prevalencia con que viene ocurriendo (Ribeiro da Fonseca, Barbosa, Pinto, & Moura, 2013).

A nivel mundial, el episodio depresivo mayor afecta del 7 al 24% de las mujeres y las prevalencias pueden variar de un contexto a otro.

En el Perú se determinó una prevalencia del 40.1% y en Colombia, Cartagena una prevalencia de depresión durante el embarazo en adolescentes del 32% (Borda, et al., 2013).

Entre los adolescentes, es mayor la probabilidad de padecer depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios de identidad y autonomía. Se ha descrito que en los adolescentes la prevalencia de depresión es de 3 a 17%. También se ha descrito que la depresión es más frecuente en el grupo de madres adolescentes respecto a otros grupos de edad. Por otra parte, hay evidencia que muestra una mayor prevalencia de depresión entre las mujeres embarazadas del 17,9%, que alcanza una frecuencia del 40,1% en aquellas con embarazos no planeados y complicaciones del embarazo, como también una frecuencia del 7,1% de depresión posparto (Bonilla-Sepúlveda, 2010).

En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre 15 y 20% del total; de éstos, 70% son embarazos no planeados (Martínez & Waysel, 2009)

El embarazo en la adolescencia es una realidad alarmante que puede cambiar la vida de muchos jóvenes en un instante. Sólo en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud se registran al año alrededor de 500 embarazos no planificados en jóvenes entre los 12 a 18 años y se estima que el 40% de estas adolescentes sexualmente activas no usa ningún método anticonceptivo (EsSalud, 2014).

En el Perú en las últimas décadas el embarazo adolescente (entre 15 a 19 años) de manera global se encuentra entre el 12% y 13%, llegando a valores del 21.5% en las zonas rurales, 12.4% en la sierra, 27.5% en la selva; y con respecto al nivel de educación, el 56.7% de los adolescentes embarazados no tienen educación, el 34.9% presentan educación primaria, el 11.6% educación secundaria y el 4.5% educación superior. Con respecto a la iniciación sexual en mujeres adolescentes existe un aumento sostenible en los últimos 20 años sobre el inicio de la primera relación sexual antes de los 15 años, siendo este del 6%, y el 50.6% de los adolescentes usan métodos anticonceptivos (Mendoza & Subiria, 2013)

A nivel de la región, la Red de Salud de San Román ocupa el primer lugar en presentar abortos, con 65 casos reportados sólo en dos meses, enero y febrero, según lo dio a conocer María Condori Apaza, obstetra del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Del 100% de abortos presentados en San Román, la mitad corresponden a menores de edad, una práctica que se realiza durante los tres primeros meses de gestación (Condori, 2013), además señaló que en el 2012 se registraron 1200 casos de abortos, de los cuales un aproximado de 119 se practicaron a mujeres de 18 a 29 años; 23 de ellas, adolescentes de 12 a 17 años, en quienes existía el riesgo de una hemorragia interna, ya que muchas veces la placenta no se desprende con normalidad

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de depresión que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014?

1.2.2. Problemas específicos

- a. ¿Cuál es el nivel de depresión en su dimensión de melancolía que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014?
- b. ¿Cuál es el nivel de depresión en su dimensión de ansiedad que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014?
- c. ¿Cuál es el nivel de depresión en su dimensión de sueño que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Describir el nivel de depresión que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Describir el nivel de depresión en su dimensión de melancolía que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014.
- b. Describir el nivel de depresión en su dimensión de ansiedad que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014.
- c. Describir el nivel de depresión en su dimensión de sueño que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014.

1.4. Justificación y viabilidad

La realización del presente trabajo de investigación permitirá conocer la realidad de acerca de la depresión que presentan las madres gestantes de la ciudad de Juliaca durante el proceso de embarazo.

Este estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta desde el punto de vista:

Teórico, la presente investigación tiene el propósito de enriquecer el conocimiento científico, que proporcionará información válida y confiable, que servirá de material bibliográfico para investigaciones posteriores, beneficiando al personal de salud (profesional de Psicología), docentes y padres de familia entre otros.

Su aporte económico permitirá a las adolescentes y familiares disminuir gastos demandados por procedimientos abortivos y complicaciones que las mismas conllevan, pudiendo utilizar tales gastos en beneficio de la familia; así mismo contribuirá en la mejoría y uso adecuado de los fondos destinados al área de atención primaria que el estado dispone.

Desde el punto de vista social el conocimiento sobre la depresión que experimentan las adolescentes embarazadas se convierte en una estrategia de prevención primaria y promoción de la salud. En tal sentido el profesional de psicología puede desarrollar actividades preventivas – promocionales, beneficiando a la población de madres gestantes y en especial madres gestantes adolescentes de la ciudad de Juliaca.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la investigación.

Arenas (2009) realizó el estudio titulado “Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre funcionalidad familiar y la depresión, se efectuó en una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos que asisten al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino, departamento de Lima. El diseño de la investigación es descriptivo correlacional. Se administró el Cuestionario tetradimensional de Depresión (CET-DE) para observar presencia o ausencia de depresión, y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) para conocer el nivel de funcionalidad familiar que perciben en sus hogares cuya validez de contenido fue estudiada a través del método de evaluación por criterio de jueces. Usando el estadístico Ji cuadrado (χ^2) se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variable no se diferencian

significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas.

Matos (2009) realizó el estudio titulado “Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor, se efectuó en una muestra de 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. El diseño de la investigación es descriptivo transversal de asociación simple. A cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Se determinó la relación entre las variables de estudio según la presencia de depresión mayor mediante las pruebas de la χ^2 y de la Z, según el tipo de variable. De las 222 gestantes estudiadas, (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares y no se encontró que la edad, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión.

Hinostroza (2008) realizó el estudio titulado “Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes”, cuyo objetivo fue determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre sintomatología depresiva y depresión mayor según factores psicosociales, se efectuó en una muestra probabilística de 593 gestantes. Estudio observacional transversal analítico en tres hospitales Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Se utilizó la Escala de la Depresión de Edimburgo (EPDS) para medir sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor. Según el coeficiente Alfa de Cronbach de 0.836 para EPDS. Estructura multidimensional de dos factores que explica el 54.67% de la varianza. La prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor: antecedente de aborto (OR=1.71; IC95%:1.15-2.54; $p<0.01$), no planificación de embarazo (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; $p<0.01$), apoyo emocional (OR: 0.45; IC95%: 0.26-0.78; $p<0.01$), apoyo afectivo (OR: 0.29; IC95%: 0.19-0.43; $p<0.05$), antecedente de violencia (OR: 3.96; IC95%: 2.68-5.85; $p<0.01$). El estudio revela una alta prevalencia de casos probables de depresión mayor y encuentra asociaciones significativas en relación a los factores psicosociales referidos por la literatura especializada.

Bonilla-Sepúlveda (2010) realizó el trabajo de investigación titulado "Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal", cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de trastorno depresivo en dos grupos poblacionales de mujeres adolescentes, definir su perfil epidemiológico y su asociación con embarazo. La investigación pertenece a un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 125 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en el año 2009 y 125 adolescentes no embarazadas estudiantes del colegio Jorge Eliécer Gaitán de la ciudad de Medellín (Colombia). Las participantes respondieron una encuesta de Zung para diagnóstico de depresión. Los resultados indican que en las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue del 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16,8%. Se describen los factores de riesgo en los dos grupos. Se concluye que la depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en Medellín Colombia.

Mercado y Paccori (2012) realizaron el trabajo de investigación titulado "Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima", cuyo objetivo fue analizar los factores asociados a la depresión en gestantes. La investigación fue de diseño de casos y controles, corte transversal, retrospectivo. Se aplicó en 226 gestantes (113 deprimidas (casos) y controles 113 no

deprimidas (controles) el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; con una alfa de Cronbach =0.807. En los resultados se encontró factores de riesgo con asociación significativa tales como: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). También se halló factores protectores con asociación significativa: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema. Conclusiones: Los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo.

Lara y Navarrete (2012) realizaron el trabajo titulado "Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D". El objetivo del trabajo fue analizar la validez y confiabilidad de la CES-D

en mujeres mexicanas embarazadas, así como la sensibilidad, especificidad y valores predictivos usando el SCID como estándar de oro. El estudio se basó en un análisis secundario de datos. Se obtuvo una muestra de 98 mujeres embarazadas en la sala de espera de un centro de salud que proporcionaba atención prenatal. Fueron seleccionadas por presentar sintomatología depresiva ($CES-D \geq 16$) o historia de depresión. La consistencia interna de la CES-D fue de $\alpha = 0.81$. El análisis factorial, que valoró la validez de constructo, mostró que cuatro factores pudieron ser interpretados (afecto depresivo, falta de energía/síntomas somáticos, relaciones interpersonales y afecto positivo), que explicaron 49.10% de la varianza. En el análisis de la curva COR, se obtuvo un ABC de 0.81; para punto de corte ≥ 16 , mostró 100% de sensibilidad y 20.9% de especificidad y para la puntuación ≥ 28 , sensibilidad de 80.0% y especificidad de 76.1%. Se encontró que la CES-D tiene excelente validez interna y de constructo en gestantes mexicanas y que es una herramienta adecuada para la detección de sintomatología depresiva ($CES-D \geq 16$) –requisito indispensable para instrumentar acciones preventivas–, sin embargo fue menos precisa, aunque adecuada para diagnosticar depresión mayor según criterios del DSM-IV aun en el punto de corte más parsimonioso (≥ 28).

Sulca (2015) realizó el trabajo de investigación “Violencia intrafamiliar y la depresión postparto en puérperas adolescentes”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el

Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, diseño descriptivo, con 150 pacientes. Las variables independientes fueron: Violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia sexual y violencia económica, La variable dependiente fue la depresión post parto. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el período de enero a marzo del 2014. Mediante la aplicación de dos cuestionarios: El primero para evaluar la depresión: Escala de Depresión de Zung (EZ-D), los índices de depresión < 28 indicaron ausencia de depresión; entre 28 y 41 depresión leve; entre 42 y 53 depresión moderada; > 53 depresión severa o grave. Y un cuestionario validado para valorar la violencia intrafamiliar. Los resultados evidencia que el 17.3 % sufrió violencia física, 52.7% violencia psicológica, tocamientos indebidos el 6%, violación sexual el 4% y el 24.7% trabajo durante su gestación. El 25.3% sufrió de depresión leve, 12.7% de depresión moderada y el 2.7% de depresión severa. Nuestra tasa de prevalencia total de depresión fue de 40.7%. Se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre la violencia física intrafamiliar y la depresión severa ($p=0.003$). Además se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre los tocamientos inapropiados durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión moderada ($p=0.003$). Y por último se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre violación sexual intrafamiliar y la

depresión severa ($p=0.030$). Conclusión: La Violencia física intrafamiliar, los tocamientos inapropiados y la violación sexual por parte de algún familiar o la pareja provocan depresión post parto en puérperas adolescentes.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Embarazo

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (Corona, 2014).

La edad media del periodo de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a priori, a una mayor desprotección, con mayores

preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.

El embarazo es una parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la fecundación del ovulo por el espermatozoide en la adolescente (nidación: implantación del óvulo fecundado en el endometrio) y termina con el parto. El embarazo también es conocido como gestación o estado de gravidez. El embarazo es una secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer y generalmente incluyen la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal finalizando con el nacimiento. Comprende todos los procesos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia (Valera, 2009).

Cuando la mujer es demasiado joven, el embarazo puede ser peligroso para la madre y el niño. Las complicaciones del parto y el aborto en condiciones peligrosas están entre las causas principales de mortalidad de las mujeres menores de 20 años de edad. Incluso en condiciones óptimas, las jóvenes madres, especialmente las que tienen menos de 17 años, tienen más probabilidad que las mujeres de alrededor de 20 años de sufrir complicaciones relacionadas con el

embarazo y de morir en el parto. El riesgo de muerte puede ser dos a cuatro veces mayor, según el estado de salud y la situación socioeconómica de la mujer (Suasnabar, 2008).

2.2.2. Psicología en la mujer embarazada

El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre; asimismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella. En este sentido, la salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad para enfrentar este suceso y de su posibilidad de adaptarse a los cambios que éste conlleva.

Dada la trascendencia que tiene la maternidad para la mujer, su respuesta afectiva es más contundente y, por tanto, requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, pues se modifican en ella su estructura y su proyecto de vida a partir del suceso.

Durante el embarazo entran en juego aspectos internos y externos a la mujer, por lo que es posible que los conflictos psicológicos que aparecen en esta etapa pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro. Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, de cómo debe

ser y comportarse para ser una “buena madre”, además de que se le considera una función exclusiva de ella

Entre tales manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo depresivo, como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por la salud, traducido en varias quejas somáticas. Asimismo, hay sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal. Paradójicamente, también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro. Además, es posible que padezca ansiedad transitoria como adaptación a su estado, la cual puede incrementarse más por la presión social que por el propio embarazo, así como por temor a la pérdida y miedo a lo desconocido y al propio papel de madre y a la situación económica. De igual modo, pueden surgir sentimientos de inseguridad, dependencia e introversión. Con respecto al deseo sexual, éste puede ser variable (Gómez & Aldana, 2007).

2.2.3. Adolescencia

En la sociedad moderna, la población de adolescentes ha alcanzado una cifra relevante: casi la cuarta parte de la población mundial; y a pesar de que existen grandes diferencias entre los adolescentes de distintas regiones del mundo -por las influencias

culturales y socioeconómicas a las que están sometidos- puede hacerse una caracterización general de esta etapa.

Los procesos psicológicos y los patrones de identificación del individuo se desarrollan a partir de los de un niño a los de una persona adulta. Se realiza una transición del estado de dependencia social y económica total a un estado de relativa independencia.

La adolescencia constituye un período crítico en la historia de cada persona pero también de su grupo familiar. En esta fase del ciclo vital se intensifican los dilemas humanos, y de la manera como el adolescente resuelva esta crisis dependerá en gran medida el lugar que él ocupará posteriormente en el sistema jerárquico social (Castro, 2001)

Como período crítico del desarrollo, es rico en potencialidades de cambios y transformaciones, lo que motiva el interés de diferentes sectores de la sociedad que tienen claridad en comprender que la generación de adolescentes de hoy representa el adulto del mañana.

La adolescencia es una etapa vital en la que se producen un gran número de cambios. La palabra latina *adolescere*, de la cual deriva el término *adolescencia*, señala el carácter de cambio señalado: *adolescere* significa crecer, madurar. La adolescencia constituye así una etapa de cambios (biológicos, psicológicos y sociales) que tiene como nota diferencial, respecto a otras etapas, el hecho de conducir hacia la madurez (Figueras, 2006).

El término adolescencia, que proviene del vocablo latino *adolescere*, significa padecer; durante mucho tiempo la adolescencia se consideró solo un tránsito entre la infancia y la adultez, pero hoy existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del proceso de desarrollo del ser humano, y exclusivo de nuestra especie. (Núñez De Villavicencio, 2001)

Según la OMS, la adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años, y se define este período como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. (UNICEF, 2011).

El período de duración de la adolescencia se está prolongando: se alcanza la madurez biológica a una edad más temprana, mientras que la independencia social y económica aparece más tarde.

En la adolescencia hay un rápido desarrollo de las dimensiones del cuerpo, se desarrollan muy rápido los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Es mayor el crecimiento de la longitud del tronco que de las extremidades. Esta velocidad de crecimiento se va disminuyendo al final de esta etapa. La adolescencia se inicia en las niñas más temprano que en los niños, es decir, para las hembras se señala como la edad de comienzo entre los 9 y 11 años y para los varones entre los 11 y 13 años. (Toledo, 2004).

El proceso de desarrollo de la adolescencia, tanto desde el punto de vista biológico, como psicológico y social, esta se suele

separar en tres períodos: adolescencia inicial o temprana pre adolescencia, para algunos autores; adolescencia media (adolescencia propiamente dicha) y adolescencia tardía.

2.2.4. Periodos de la adolescencia

2.2.4.1. Adolescencia inicial o temprana (10 a 14 años)

Es propio de esta etapa un aumento manifiesto de la estatura, del peso corporal y la fuerza muscular, que hace necesaria una familiarización del adolescente con estos cambios físicos, ya que a veces ocurren de manera brusca. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer, el primer signo de comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas (telarquía); a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano (pubarquía). Este desarrollo requerirá de 2 ó 3 años para completarse, a la vez que va aumentando también el volumen del ovario, del útero y de las trompas.

Es una fase de gran curiosidad sexual y aparecen las fantasías sexuales. Hay una búsqueda de autonomía e independencia, con dificultades para controlar los nuevos impulsos. El adolescente se muestra muy lábil emocionalmente durante esta etapa, con frecuentes cambios de humor. Se da cierta ambivalencia en relación con los padres: los adolescentes buscan independencia y juzgan a sus padres como incapaces para comprenderlos; sin embargo, sienten la necesidad de su apoyo emocional y físico. Suelen padecer sentimientos de soledad y necesitan establecer un vínculo afectivo fuerte con otros adolescentes. (Núñez De Villavicencio, 2001)

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones (UNCEF, 2011).

2.2.4.2. Adolescencia media (12-13 a los 16 años)

Desde el punto de vista del desarrollo puberal, en la mujer aparece la menarquía, que da inicio a la etapa. En el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, esto último ocasiona el cambio de voz característico.

Los adolescentes sienten mayor preocupación por la apariencia, y desean aumentar el poder de atracción. Es frecuente que demuestren fascinación por cierta música, fiestas y reuniones de grupos.

Las relaciones con los otros adolescentes se hacen más fuertes y los comportamientos reciben gran influencia de las normas de conducta del grupo. Esto trae conflictos con los padres, que en esta etapa se agudizan. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una

búsqueda de su propia identidad. Ya en esta etapa se inicia el pensamiento abstracto. (Núñez De Villavicencio, 2001)

2.2.4.3. Adolescencia tardía (16 a 19 años)

En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Durante esta etapa se produce un acercamiento a la familia y cesan los conflictos cuando el joven logra alcanzar su añorada independencia. Hay cierta tendencia a sustituir el grupo por la relación de pareja, sin que este deje de tener importancia.

Se logra un mejor control de los impulsos, y los cambios emocionales son menos intensos, al tiempo que disminuye la ambivalencia y el egocentrismo. La adquisición del pensamiento abstracto el adulto le permite desarrollar un sistema de valores propios, con metas vocacionales reales. Podemos decir que el adolescente establece una identidad personal y social, que pone fin a la etapa.

Existen retos que el adolescente debe de enfrentar durante este periodo:

- Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos.
- Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento.
- Separación del tutelaje familiar.
- Establecimiento de la identidad individual, por medio de la relación con sus compañeros.

- Adaptación de las capacidades y habilidades adquiridas para las actividades ocupacionales y de esparcimiento. (Núñez De Villavicencio, 2001)

2.2.5. Desarrollo psicosocial en la adolescencia

La adolescencia es un una época de oportunidades y riesgos .Los adolescentes están en el umbral del amor, del trabajo de su vida y de su participación de la sociedad de los adultos. No obstante la adolescencia sigue siendo un periodo en que los jóvenes se involucran en comportamientos que les cierran las opciones y limitan sus posibilidades.

Los adolescentes necesitan abrazar valores y hacer compromisos. Sin importar cuales sean sus habilidades, ellos necesitan descubrir lo que puedan hacer y sentirse orgullosos de sus logros. Necesitan establecer lazos estrechos con personas de su misma edad y ser agradables, amados y respetados por lo que son y representan. Esto significa que ellos tienen que determinar lo que representan. Estas tareas no son fáciles. Aunque los adolescentes ven a sus compañeros como camaradas en la lucha por la independencia, aún acuden a padres y a otros adultos en busca de apoyo y orientación. (Papalia, 2001)

2.2.6. Depresión

El termino depresión deriva de la palabra latina ***depressio***, que significa "abatimiento, descenso, concavidad", traduciéndose por un abatimiento de la vitalidad, psíquico y físico, que se extiende al estado

de ánimo, a la impulsividad, a la sociabilidad. Es empleada como expresión para referirse a sentimientos de tristeza e infelicidad.

La tristeza es un sentimiento displacentero motivado por alguna adversidad de la vida, concreta y definida, y que todo el mundo ha experimentado alguna vez. (Martínez, 2008)

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos (Almueda, 2009)

Hollon y Beck (1979, citado en Almueda, 2009), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

La depresión es una tristeza sin razón aparente que la justifique; puede aparecer en niños, adolescentes y adultos jóvenes, medios y tardíos. En los niños y adolescentes puede provocar un bajo rendimiento escolar, acompañado de diversas manifestaciones de

tristeza y aislamiento voluntario que reportan como “querer estar solos”. Otras características del cuadro clínico son el frecuente pesimismo y el nivel de autoestima bajo. La depresión puede aparecer en un hombre o en una mujer aunque las mujeres son dos o tres veces más propensas que los hombres a tener esta enfermedad debido a las exigencias socioculturales del entorno y a la variación hormonal; pero en términos generales es tratable y puede afectar a todas las personas en cualquier momento de la vida (Rosillo, 2011).

La duración del estado de ánimo depresivo es tomada como un elemento clave para determinar la severidad y el tipo de depresión. Aquí, es necesario anotar que una depresión leve que se presenta por un corto lapso de tiempo o de manera repetitiva pero que desaparece fácilmente puede no estar generando problemas, pero a medida que se llega a niveles graves es posible que afecte negativamente áreas de la vida de la persona.

2.2.7. Teorías de la depresión

Castro (2001) menciona las siguientes teorías de depresión.

Modelo psicoanalítico: Postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de agresividad, rabia y culpa.

Modelo de estrés: Los estresores vitales o los cambios en el ambiente que necesitan reajustes causan depresión. Se postula que los síntomas depresivos en los niños se producen como una

reacción a problemas familiares como agresión parental, disciplina punitiva y discordia entre los padres.

Modelo de aprendizaje vicario: Postulado por Bandura, según el cual los niños pueden adoptar comportamientos observados en su entorno.

Modelo de desesperanza aprendida: La ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables causa en la persona vulnerable, sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las demandas de la vida.

Modelo de distorsión cognitiva: La persona que responde al estrés con ideas negativas acerca de sí misma, del mundo y del futuro (triada cognitiva) con mayor probabilidad se deprimirá. Estas personas seleccionan la información negativa que refuerza su visión negativa del mundo y de sí mismos.

Modelo de auto-control: Las personas con depresión tendrían déficits en su autoevaluación, auto reforzamiento y auto monitorización. Se centran en las consecuencias a corto plazo de su conducta, atribuyen sus éxitos al entorno y las fallas a ellos mismos.

Modelo social de Brown y Harris: que sostiene que cuando un evento vital mayor (entre los cuales Holmes y Rahe ubicaban la pérdida de un ser querido o de la libertad) ocurre, las personas que carecen de una relación íntima de apoyo o de una red de soporte social, tienen mayor propensión a desarrollar depresión

2.2.8. Criterios para el diagnóstico de la depresión

Los criterios para uso específico en niños y adolescentes, partiendo del D.S.M. IV y Federación Mundial de la Salud Mental (2010) son los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el sujeto.
- Anhedonia: Se define como el interés o el placer disminuido en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del tiempo se manifiesta por la deserción de actividades usuales, tales como el deporte y las actividades recreativas.
- Pérdida de peso significativa no debida a dietas o aumento de peso (cambio en el peso corporal mayor del 5% en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día
- En cuanto al aspecto Psicosomático: cambios en los patrones de sueño, puede disminuir su rendimiento cognitivo.
- En el aspecto Psicomotor hay retardo se cansan sin motivo y el nivel de actividad disminuye o por lo contrario hay agitación.
- Sentimientos de Inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o indecisión, casi cada día.

- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- Una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- Una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo.
- Síntomas físicos como dolores de cabeza, trastornos digestivos o dolor crónico.
- Se comporta de una manera agresiva sufre ataques de rabia u hostilidad persistente, se irrita o sensibiliza frente a pequeñas frustraciones. Tendencia constante a descalificarse.

2.2.9. Tipos de depresión

La clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) da a conocer los siguientes:

2.2.9.1. Episodio depresivo

Los episodios depresivos, independientemente de su gravedad, se caracterizan por un decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad, reducción de la capacidad de disfrutar (anhedonia), interesarse y concentrarse, cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo. En el adolescentes pueden existir conductas de riesgo de tipo auto agresivas (no suicidas), además, bajo

rendimiento escolar y aislamiento social irritabilidad, consumo de sustancias y conductas antisociales, las cuales no reflejan un trastorno de personalidad. El diagnóstico es clínico y debe hacerse en entrevista que utilice los criterios diagnósticos del CIE 10 para Episodio depresivo.

2.2.9.2. Episodio depresivo leve

La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del criterio B para el diagnóstico de episodio depresivo leve y síntomas del criterio C (CIE 10), hasta sumar un total de al menos cuatro síntomas; debe durar al menos dos semanas. No síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, en ningún período de la vida del individuo

2.2.9.3. Episodio depresivo moderado

La persona probablemente tenga grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C (CIE 10), hasta sumar un total de, al menos, seis síntomas.

2.2.9.4. Episodio depresivo grave

Las personas con depresión grave presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas, aparecen síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave, se denomina episodio

depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o delirio. Para el diagnóstico de depresión grave deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C (CIE 10), con un mínimo de ocho síntomas en total. (Ministerio de salud. Gobierno de Chile. Guía clínica: tratamiento de personas con depresión, 2009)

2.2.9.5. Causas de la depresión

Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la depresión, así tenemos

- **Conductual:** a través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño
- **Cognitivo:** la existencia de juicios negativos (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control, atribuciones negativas
- **Psicodinámico:** en relación a la pérdida de la autoestima (del yo-según Freud), y la pérdida del objeto bueno (Spiz)
- **Biológico:** por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos)

- En la **actualidad** más bien se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Así, cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada, en el caso de la Depresión Infantil los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica. (Del Barrio, Citado por Navarro, 2004)

2.2.10. Epidemiología de la depresión en adolescentes

Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años; unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta. (UNICEF, 2011)

A pesar de los considerables avances en la elaboración de intervenciones eficaces, la mayoría de las necesidades para una buena salud mental no están siendo satisfechas ni siquiera en las sociedades más ricas, y en muchos países en vías de desarrollo la tasa de necesidades que no se satisfacen alcanza casi el 100%. Por lo tanto, los problemas de salud mental en los jóvenes representan un importante reto para la salud pública de todo el mundo. Además, los adolescentes con baja autoestima a menudo sufren depresión, que si no se trata puede conducir al suicidio. (UNICEF, 2011)

2.2.11. Factores causantes de depresión en el embarazo

Los factores causantes de la depresión en el embarazo pueden ser diversos, y entre ellos se incluyen los cambios hormonales, los antecedentes personales o familiares de depresión, los problemas de pareja, las complicaciones del embarazo y las situaciones estresantes (Gómez & Aldana, 2007)

Ahora bien, la depresión además de estar asociada a factores de personalidad de la mujer gestante (locus de control, autoestima, historia psiquiátrica, neuroticismo, etc.), lo está también a factores psicosociales como son el hecho de poseer poco apoyo social, experiencias emocionales previas negativas, estrés prenatal intenso, etc. que incrementan aún más el nivel de depresión (Maldonado-Duran, Saucedo-García, & Lartigue, 2008).

El nivel de depresión no se encuentra estable a lo largo de todo el proceso del embarazo, sino que obtienen diferencias significativas en función del periodo gestacional, manifestando los tres primeros y los tres últimos meses de gestación niveles de depresión más bajos que en el segundo trimestre. Por otra parte, se ha podido comprobar que la sintomatología depresiva tanto antes como después del embarazo se puede mitigar si se realiza un seguimiento de los desórdenes físicos y una adecuada educación prenatal dirigida fundamentalmente a aquellas mujeres consideradas de riesgo físico, social o psíquico (Gómez & Aldana, 2007).

2.2.12. Factores de riesgo de depresión durante el embarazo

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la depresión en el embarazo descritos por Mercado y Paccori (2012) son:

- Ansiedad materna: alta asociación.
- Acontecimientos vitales estresantes: alta asociación.
- Antecedentes personales de depresión. Alta asociación.
- Falta de Apoyo Social, especialmente la de la pareja.
Asociación media.
- Violencia doméstica. Media a pequeña asociación.
- Embarazo no deseado: baja asociación.
- Relación de pareja: asociación media entre el no vivir con la pareja. Respecto de la calidad de la relación, existe una baja asociación e inversa entre la calidad de la relación y el desarrollo de depresión en el embarazo.
- Sociodemografía: se encontraron asociaciones altas entre el tipo de seguro de salud. El nivel socioeconómico no mostró asociación. Bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad tuvieron una asociación baja.

La depresión prenatal, se ha descrito como un factor de riesgo para la depresión posparto y muchos de los casos detectados en el puerperio, en realidad comenzaron en la gestación. Otro estudio evidenció la asociación entre depresión en el embarazo y en las hijas(os) adolescentes de estas mujeres, así como problemas conductuales en las hijas e hijos (Gómez & Aldana, 2007).

2.2.13. Riesgos de no tratar la depresión durante el embarazo

La falta de un manejo adecuado de la depresión, puede resultar en una carga física, social y económica para la gestante, la familia y el sistema de salud.

La depresión en la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que necesita durante el embarazo, mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar al feto y desenlace obstétrico (Corona, 2014)

2.3. Marco bíblico filosófico

Todas las personas se han sentido inferiores en algunas ocasiones, y más bien eufóricas acerca de sí mismas en otras, dependiendo de si eran reprendidas o alabadas. Esta es la forma en que las personas edifican o destruyen a las demás; a veces sin darse cuenta, y otras, en forma intencional. Sabiendo cuan poderosas son nuestras declaraciones mutuas, Pablo amonestó: "Ninguna palabra corrompida salga de vuestra boca, sino la que sea buena para la necesaria edificación, a fin de dar gracia a los oyentes" (Efesios 4:29, la cursiva fue añadida). Nota que este texto supone que hay personas - tal vez naturalmente inseguras-que necesitan un poco más de alabanza que otras. A diferencia del color de nuestros ojos, la manera en que nos sentimos se mantiene cambiante al experimentar diferentes

eventos y procesos internos y externos. Examinemos las diversas maneras en que se nutre la autoestima de la gente.

El origen de nuestra especie debería aclarar nuestro valor. La Escritura dice: "Creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó" (Génesis 1:27). Los seres humanos fueron hechos a imagen de Dios y a su semejanza. Fueron creados como seres altamente inteligentes que tenían cuerpos perfectos y estaban dotados de poderes espirituales y con la capacidad de seguir desarrollándose. Es cierto que la entrada del pecado truncó las posibilidades interminables que una vez fueron nuestras, pero también es cierto que el sello del Creador, aunque ahora limitado, todavía está presente en nosotros.

Dios ve un potencial tremendo en cada una de sus criaturas y en todos nosotros. No nos deja luchar solos sino que ofrece conducirnos, guiarnos, ayudarnos. "Te haré entender, y te enseñaré el camino en que debes andar" (Salmo 32:8). Él cuida tanto de nosotros que anhela cuidarnos como "a la niña de [sus] ojos" (Salmo 17:8).

2.4. Marco conceptual

2.4.1. Embarazo

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el

endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo (Corona, 2014).

2.4.2. Depresión

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos (Almueda, 2009)

2.4.3. Adolescencia

La adolescencia es una etapa vital en la que se producen un gran número de cambios. La palabra latina *adolescere*, de la cual deriva el término *adolescencia*, señala el carácter de cambio señalado: *adolescere* significa crecer, madurar. La adolescencia constituye así una etapa de cambios (biológicos, psicológicos y sociales) que tiene como nota diferencial, respecto a otras etapas, el hecho de conducir hacia la madurez (Figueras, 2006).

Capítulo III

Diseño Metodológico

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio presenta un enfoque cuantitativo, por el tipo de investigación según su estrategia, el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación descriptiva, y según su propósito corresponde a la investigación básica; este tipo de investigación busca conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar (Sánchez & Reyes, 2002)

La investigación corresponde al diseño no experimental transeccional o transversal, porque no existe manipulación de alguna variable y los datos se recogen en un único momento del tiempo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

3.2. Identificación de variables

Variable: Depresión.

3.2.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORACIÓN
Variable de estudio Depresión	Melancolía	Estado de ánimo depresivo Sensación de culpabilidad Trabajo y actividades Inhibición Ansiedad psíquica Síntomas somáticos generales	0-6 sin depresión. 7-17 depresión ligera. 18-24 depresión moderada. 25-52 depresión grave
	Ansiedad	Agitación Ansiedad psíquica Ansiedad somática	
	Sueño	Insomnio precoz Insomnio medio Insomnio tardío	

3.3. Descripción del lugar de la ejecución

El Centro de Salud la Revolución perteneciente a la Micro Red de Salud de Juliaca, se encuentra ubicado en la urbanización La Revolución,

3.6. Población y muestra

3.6.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por las gestantes pertenecientes a la Micro Red, la población estuvo constituida por 78 gestantes

3.6.2. Determinación de la muestra

La muestra quedó constituida por 72 madres gestantes entre las edades de 16 a 28 años, para la determinación de la muestra, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Carrasco, 2005), considerando criterios de inclusión y exclusión que a continuación se detallan:

Criterios de inclusión

- Adolescente en estado de gestación
- Adolescente gestante que desea participar voluntariamente en la presente investigación

Criterios de exclusión

- Adolescente que no esté en estado de gestación
- Adolescente gestante que no desea participar voluntariamente en la presente investigación

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Según Valderrama (2002) se utilizó la técnica de la encuesta aplicando la Escala de Depresión de Hamilton (HRSD; HAM-D).

Nombre Original: Hamilton Depression Rating Scale, (HRSD).

Autor: M.Hamilton.

Año: 1960.

Versiones: La versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960 siendo revisada y modificada por el mismo autor en 1967 reduciéndola a 21 ítems, de estos los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la gravedad o intensidad de la depresión, por lo que en la práctica, se ha utilizado una versión reducida de 17 ítems. La Escala Modificada de Hamilton para la evaluación de la depresión (MHRSD), se desarrolló para superar las limitaciones que los autores encontraban en la versión de 17 ítems de la escala de Hamilton (Miller, Bishop, Norman y Maddever, 1985). Existen dos versiones más, adaptadas al español (Conde, 1984 y Ramos-Brieva y Cordero, 1986)

Adaptación Española: Conde en 1984, adaptó la versión de 22 ítems. Posteriormente Ramos – Brieva y Cordero (1986) adaptaron y validaron la versión reducida de 17 ítems.

Objetivos: Ofrece un medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento.

Población: Personas con diagnóstico de trastorno depresivo. También es utilizada en pacientes alcohólicos y con demencia, en población geriátrica.

Número de ítems: Las escalas más utilizadas tienen 21 y 17 ítems.

Descripción: Los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son:

Índice de melancolía, formado por los ítem 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales); Índice de ansiedad, formado por los ítem 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática); Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítem referidos a insomnio (4,5,6).

Criterios de calidad

Fiabilidad: En sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9

Validez: Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de

edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Es muy sensible al cambio terapéutico.

Tiempo de administración: 15 a 20 minutos.

Normas de aplicación: Se debe aplicar como complemento a la entrevista realizada al paciente. Se informa al paciente sobre la intención de la aplicación de la escala (para conocer tanto la frecuencia como intensidad de los síntomas). Hamilton sugiere que, para aumentar la fiabilidad de las evaluaciones, estén presentes dos evaluadores, uno para realizar la entrevista y otro para hacer preguntas complementarias. Los dos registran sus evaluaciones por separado y después se hace el promedio.

Corrección e interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. Puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma. La puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. En la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los primeros 17 ítems. El rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte >13 o >18, según el estudio. A efectos de categorizar la intensidad o severidad del trastorno depresivo: 0-6 sin depresión;

7-17 depresión ligera; 18-24 depresión moderada; 25-52 depresión grave.

3.8. Procesamiento de datos

Para el procedimiento de datos se realizó mediante la consistencia del análisis de la información y tabulación de datos. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 21.0 en español.

Los datos se presentan mediante tablas de distribución de frecuencias.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

Realizado el recojo de datos, se procedió a la calificación y tabulación de la Escala de Depresión de Hamilton, obteniendo los siguientes resultados.

4.1. Resultados de la investigación

4.1.1. En relación a la hipótesis general

Con respecto al nivel de depresión que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca, Centro de Salud La Revolución, la tabla 1 muestra que el 55.6% de las gestantes presentan un nivel de depresión ligera, seguido del 22.2% de gestantes que no presentan depresión, el 15.3% de las gestantes presentan depresión moderada y finalmente el 6.9% de las gestantes presentan un nivel de depresión grave.

Tabla 1

Nivel de depresión que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca, Centro de Salud La Revolución, 2014

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No depresión	16	22.2	22.2	22.2
Depresión ligera	40	55.6	55.6	77.8
Depresión moderada	11	15.3	15.3	93.1
Depresión grave	5	6.9	6.9	100.0
Total	72	100.0	100.0	

4.1.2. En relación a la primera hipótesis específica

La tabla 2 muestra los niveles de depresión en su dimensión de melancolía, entendido como estado anímico permanente, de tristeza y desinterés, es un estado anímico de alteración (no de normalidad), y se aprecia que el 43.1% de las gestantes presentan un nivel de depresión ligera, seguido del 29.2% de gestantes que no presentan depresión en su dimensión de melancolía, el 20.8% de las gestantes presentan depresión moderada y finalmente el 6.9% de las gestantes presentan un nivel de depresión grave

Tabla 2

Nivel de depresión en su dimensión de melancolía que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca, Centro de Salud La Revolución, 2014

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No depresión	21	29.2	29.2	29.2
Depresión ligera	31	43.1	43.1	72.2
Depresión moderada	15	20.8	20.8	93.1
Depresión grave	5	6.9	6.9	100.0
Total	72	100.0	100.0	

4.1.3. En relación a la segunda hipótesis específica

En relación a los niveles de depresión en su dimensión de ansiedad, la tabla 3 muestra que la mayoría (40.3%) de las gestantes presentan un nivel de depresión ligera, seguido del 27.8% de gestantes que no presentan depresión en su dimensión de ansiedad, el 26.4% de las gestantes presentan depresión moderada y finalmente el 5.6% de las gestantes presentan un nivel de depresión grave

Tabla 3

Nivel de depresión en su dimensión de ansiedad que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca, Centro de Salud La Revolución, 2014

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No depresión	20	27.8	27.8	27.8
Depresión ligera	29	40.3	40.3	68.1
Depresión moderada	19	26.4	26.4	94.4
Depresión grave	4	5.6	5.6	100.0
Total	72	100.0	100.0	

4.1.4. En relación a la tercera hipótesis específica

En relación a los niveles de depresión en su dimensión de sueño, la tabla 4 muestra que el 41.7% de las gestantes presentan un nivel de depresión grave, seguido del 29.2% de gestantes que no presentan depresión en su dimensión de sueño, el 20.8% de las gestantes presentan depresión moderada y finalmente el 8.3% de las gestantes presentan un nivel de depresión ligera.

Tabla 4

Nivel de depresión en su dimensión de sueño que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca, Centro de Salud La Revolución, 2014

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No depresión	21	29.2	29.2	29.2
Depresión ligera	6	8.3	8.3	37.5
Depresión moderada	15	20.8	20.8	58.3
Depresión grave	30	41.7	41.7	100.0
Total	72	100.0	100.0	

4.2. Discusión

Normalmente, la melancolía forma parte de los diferentes estados de ánimo por los que pasa el ser humano a lo largo de su vida cotidiana. Sin embargo, en muchos casos la presencia continua de melancolía, en niveles importantes, puede señalar el desarrollo de estados psicológicos conocidos como depresión, bipolaridad y otras alteraciones de la calidad de vida mental de la persona que sin duda perjudican su buen desempeño y desarrollo.

Los resultados muestran que el 6.9% de las madres gestantes presentan un nivel de depresión grave en la dimensión de melancolía, seguido del 20.8% con un nivel de depresión moderada, los resultados guardan relación con los reportados por Reyes (2014) donde menciona que del 20-40 % de las mujeres reportan trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio, y el 50 % de las mujeres sufren ligeros cuadros depresivos en el puerperio inmediato, llamados "melancolías", alrededor del 15 % más tardíamente estados de angustia y depresión durante semanas. Las más

afectadas son las mujeres que, ya durante el período están deprimidas e inestables mentalmente. Esta angustia o depresión puede tener también causas psicológicas, tales como una crisis del matrimonio, el miedo a un futuro incierto, o por excesivas náuseas, provocadas por el hecho que coma mucho o demasiado poco. Otra indicación de la melancolía de la maternidad temprana es que la gestante está constantemente cansada y agotada, llora mucho y puede realmente creer que no va a apreciar la pequeña criatura que lleva en su vientre.

La atmósfera emocional que acompaña el primer trimestre es compartida por el compañero. Al respecto, Estupiñan-Aponte y Rodríguez-Barreto (2009) señalan que cuando la relación de pareja es adecuada y armónica, el embarazo es afectado positivamente por la vibración emocional de lazos afectivos en el marco de actitudes instintivas y emotivas lo que hace necesaria y gratificante, la presencia del compañero, siendo también una condición necesaria para el normal desarrollo del bebé, al garantizar una situación placentera en el nacimiento. Es importante el acompañamiento del padre durante la gestación y nacimiento para el fortalecimiento de los vínculos familiares. Cuando se está sola, la melancolía y la tristeza son emociones presentes que generan mayor susceptibilidad, exacerbando temores y sentimientos de vulnerabilidad, ocasionando el aislamiento.

Con respecto a la presencia de ansiedad en la mujer embarazada, los resultados muestran que el 26.4% de las gestantes presentan depresión moderada y el 5.6% depresión grave, López, Fernández, Páez, Otiz, y Alvarado (2001) refieren que la ansiedad está asociado con los pensamientos de tener hijos con defectos congénitos o posibles complicaciones durante el

embarazo. Los resultados guardan relación con los reportados por Diaz, et al. (2013) quienes reportan que el 67.3% de las embarazadas tuvieron algún nivel de ansiedad y en las mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1.63 veces mayor que las mujeres con embarazo deseado y los estados de depresión y ansiedad incrementan cuando presentan una pareja inestable.

Hoy se considera que la mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales, en gran parte debido a los cambios hormonales durante el ciclo menstrual y con más fuerza en el embarazo, por esto es lógico pensar que la ansiedad y la depresión podrían ser trastornos presentes de manera frecuente en las embarazadas. Debe señalarse que, además de los problemas inherentes a estos trastornos, todos los sentimientos y emociones desencadenados son capaces de afectar tanto a la madre como a su hijo (Diaz, et al., 2013)

Los resultados de la presente investigación evidencia que los trastornos en el sueño generan en un 41.7% depresión grave y el 20.8% depresión moderada.

En el embarazo es frecuente hallar trastornos del sueño, ganancia de peso y fatiga y estas anomalías coinciden con los signos propios de la depresión, en esta última se encuentra además una tristeza inexplicable, pérdida de interés, sentimientos de culpa e irritabilidad, baja autoestima, falta de placer en actos que normalmente hacían feliz a la persona, sentimientos de desesperanza y abandono y hasta pensamientos de muerte (Corona, 2014)

De forma general el 6.9% de las gestantes presenta depresión grave y el 15.3% depresión moderada, y el 22.2% de las gestantes no presentan depresión, por su parte Diaz, et al. (2013) reportó que el 33.9% de las embarazadas no reportaron ningun nivel de depresión, el 29,7% presentó depresión ligera o menor, 16,9% depresión moderada y 19,4% presentó un cuadro de depresión severa o muy severa según la escala aplicada, los cuales guardan similitud a los reportados en la presente investigación.

El embarazo adolescente ha sido presentado como una pauta de socialización tradicional que privilegia la maternidad entre ciertos grupos, en especial en zonas rurales y poblaciones pobres, pero también como un problema biomédico que eleva la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto, con aumento de las tasas de morbilidad materna, perinatal y neonatal y que además tiene repercusiones en la esfera social habiendo sido llamado el síndrome del fracaso o puerta de entrada a la pobreza, porque se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, por lo general mal remunerado. La censura social sobre la joven y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos. Se recomienda el aplazamiento del inicio de la maternidad hasta el fin del período de la adolescencia. de muerte. (Corona, 2014)

La depresión es un trastorno que afecta principalmente a mujeres fértiles y es la primera causa de discapacidad. Encontró que una de cada diez embarazadas/puérperas estaba deprimida, además que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asoció a retraso en el desarrollo de

sus hijos y a un riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. Además, la depresión posparto se asoció a coeficientes intelectuales más bajos en la preadolescencia y a conductas violentas (Díaz, et al., 2013).

El ambiente familiar dotado de una atmósfera de aceptación y afecto propicia la seguridad y confianza básica, tan necesaria en la adolescencia. El proceso de desarrollo de la personalidad, que se da durante la infancia y particularmente en la adolescencia, transcurre en el proceso de educación y en el sistema de vínculos afectivos familiares significativos.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

Primero.- La mayoría de madres gestantes de la Micro Red Juliaca, Centro de Salud La Revolución, presentan un nivel de depresión ligera (55.6%), seguido del nivel de no depresión (22.2%) y depresión moderada y grave con 15.3% y 6.9% respectivamente.

Segundo.- En relación a los niveles de depresión en su dimensión de melancolía, la mayoría de madres gestantes de la Micro Red Juliaca, Centro de Salud La Revolución, presentan un nivel de depresión ligera (43.1%), seguido del nivel de no depresión (29.2%) y depresión moderada y grave con 20.8% y 6.9% respectivamente.

Tercero.- En relación a los niveles de depresión en su dimensión de ansiedad, la mayoría de madres gestantes de la Micro Red Juliaca, Centro de Salud La Revolución, presentan un nivel de depresión ligera (40.3%), seguido del nivel de no depresión (27.8%) y depresión moderada y grave con 26.4% y 5.6% respectivamente

Cuarto.- En relación a los niveles de depresión en su dimensión de sueño, la mayoría de madres gestantes de la Micro Red Juliaca,

Centro de Salud La Revolución, presentan un nivel de depresión grave (41.7%), seguido del nivel de no depresión (29.2%) y depresión moderada y ligera con 20.8% y 5.6% respectivamente

5.2. Recomendaciones

En función a los resultados encontrados se recomienda

- Primero.-** Al personal de la Micro Red Juliaca, realizar programas de promoción y prevención de depresión en embarazo a todas las mujeres que asisten a planificación familiar.
- Segundo.-** Al personal de obstetricia derivar al servicio de psicología a las gestantes que se observa con alguno de los síntomas depresivos y así dar inicio con la terapia correspondiente.
- Tercero.-** Al personal de la Micro Red Juliaca, realizar programas de intervención con las madres que presentan un nivel de depresión grave.

Referencias bibliográficas

- Almueda, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*(84), 85-104. Recuperado el 19 de Febrero de 2015, de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- Arenas, S. C. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Lima, Perú.
- Bonilla-Sepúlveda, Ó. A. (2010). 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*, 61(3), 207-213.
- Borda, M., Forero, C., Ahcar, N., Hinestrrosa, C., Polo, S., Staaden, M., & Valencia, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 29(3), 394-405.
- Carrasco, S. (2005). *Metodología de la investigación científica, pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima, Perú: San Marcos.
- Condori, M. (27 de Marzo de 2013). *Los Andes*. Obtenido de Provincia de San Román líder en abortos: <http://www.losandes.com.pe/Sociedad/20130327/70012.html>

Corona, J. (2014). *Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la UMF 92 en el periodo enero a diciembre 2012*. Tesis para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina.

Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y Ansiedad en Embarazadas. (U. d. Carabobo, Ed.) *Salus*, 17(2).

EsSalud. (15 de Octubre de 2014). *EsSalud*. Recuperado el 18 de Febrero de 2015, de El embarazo en adolescentes es una realidad alarmante que puede cambiar la vida de muchos jóvenes:

<http://www.essalud.gob.pe/el-embarazo-en-adolescentes-es-una-realidad-alarmante-que-puede-cambiar-la-vida-de-muchos-jovenes/>

Estupiñan-Aponte, M. R., & Rodríguez-Barreto, L. (2009). Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. *Rev. salud pública*, 11(6), 988-998.

Figueras, A. (2006). *Multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Tesis doctoral, Universida de Barcelona, Facultad de Psicología, Barcelona.

Gómez, M. E., & Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), 53-61.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (Vol. 5ta). México: McGRAW-HILL/ Interamericana Editores, S.A de C.V.

- Lara, M. A., & Navarrete, L. (2012). Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental, 35*(1), 57-62.
- López, M., Fernández, I., Páez, D., Otiz, A., & Alvarado, R. (2001). Ansiedad ante el embarazo y afrontamiento de confrontación y evitación en mujeres sometidas a la prueba de amniocentesis. *Boletín de Psicología, 70*(1), 65-78.
- Maldonado-Duran, M., Saucedo-García, J. M., & Lartigue, t. (2008). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum, 22*(1), 5-14.
- Martínez, P., & Waysel, K. R. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 14*(2), 261-274.
- Mendoza, W., & Subiria, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública, 30*(3), 471-479.
- Mercado, Y. D., & Paccori, L. V. (2012). *Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Lima, Perú.
- Núñez De Villavicencio, F. (2001). *Psicología y salud*. La Habana, Cuba: Ciencias médicas.
- Reyes, Y. L. (2014). Factores psicosociales y depresión en el período grávido-puerperal. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 11*(1).

Recuperado el 9 de Febrero de 2015, de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2014/hph141g.pdf>

- Ribeiro da Fonseca, S., Barbosa, M. A., Pinto, M. C., & Moura, D. (Julio - Agosto de 2013). Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. *Revista Latinoamericana Enfermagen*, 21(4), 1-8.
- Rosillo, G. A. (2011). *Depresión y adolescencia*. Tesina, Valencia, España.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2002). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima - Perú: Editorial Universitaria. Universidad Ricardo Palma.
- Suasnabar, N. N. (2008). *Relación entre el embarazo en adolescentes y los factores de riesgo en el Hospital Daniel A. Carrión - Huancayo 2008*. Tesis para obtener el grado de Magister, Universidad Peruana Los Andes, Escuela de Post Grado, Huancayo, Perú.
- Sulca, K. E. (2015). *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, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima, Perú.
- UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia. la adolescencia una época de oportunidades*.
- Valderrama, S. (2002). *Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica*. Lima: San Marcos.

Valera, J. (2009). *El embarazo en la adolescencia*. Lima, Perú.

Anexos

Escala de Hamilton

1.- Estado civil:

2.- Religión:

Edad:

N° de hijo:

Instrucciones: Escoja en cada tema la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente

1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente

1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de orinar, tomar o dar medicación)

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 = Palabra y pensamiento normales
- 1 = Ligero retraso en el habla
- 2 = Evidente retraso en el habla
- 3 = Dificultad para expresarse
- 4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

- 0 = Ninguna
- 1 = Juega con sus dedos
- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 = Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0 = Ausente
- 1 = Débil
- 2 = Grave

15. Hipocondría:

- 0 = Ausente
- 1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente)
- 2 = Preocupado por su salud
- 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- 1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- 2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 6 puntos puede estar padeciendo un Trastorno Depresivo.

GRACIAS QUE DIOS LA BENDIGA!!!