

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas
del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro - 2017

Por:

Sharmely Meliza Gomez Barrios

Kelly Evelyn Umpiri Calla

Asesora:

Psic. Helen Sara Flores Mamani

Juliaca, setiembre de 2017

Cómo citar:

Estilo APA

Gomez, S., & Umpiri, K. (2017). Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro - 2017 (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Unión, Juliaca.

Estilo Vancouver

Gomez SM, Umpiri KE. Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro - 2017 (Tesis de Licenciatura). Juliaca: Universidad Peruana Unión, 2017.

Estilo Turabian

Gomez Barrios, Sharmely Meliza, y Kelly Evelyn Umpiri Calla. «Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro - 2017.» (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Unión, Juliaca, 2017.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación – CRAI – de la UPeU

TPS
2
G63
2017

Gomez Barrios, Sharmely Meliza

Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro - 2017 / Autoras: Sharmely Meliza Gomez Barrios y Kelly Evelyn Umpiri Calla; Asesor: Psic. Helen Sara Flores Mamani. -- Juliaca, 2017.
131 páginas: Anexos, figuras, tablas.

Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. de Psicología, 2017.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Psicología.

1. Depresión. 2. Inteligencia emocional. 3. Embarazo. 4. Adolescencia. I. Umpiri Calla, Kelly Evelyn, autora.

CDD 153.9

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Psic. Helen Sara Flores Mamani, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO DE AZÁNGARO - 2017" constituye la memoria que presentan las bachilleres Sharmely Meliza Gomez Barrios Y Kelly Evelyn Umpiri Calla para aspirar al título profesional de Psicóloga, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad de los autores, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Juliaca, el día doce del mes de Setiembre del año dos mil diecisiete.



Psic. Helen Sara Flores Mamani

Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del
Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017.

TESIS

Presentado para optar el título profesional de Psicóloga

JURADO CALIFICADOR



Mg. Celja Soledad Machaca Tito

Presidente



Psic. Kelly Mirtha Ricaldi Huamán

Secretaria



Psic. Santos Armandina Farceque Huancas

Vocal



Psic. Nahil Zoila Pumalla Alviz

Vocal



Psic. Helen Sara Flores Mamani

Asesora

Juliaca, 05 de setiembre de 2017

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi apreciada hermana Belinda Gomez, por ser la persona que más influencia y apoyo me dio en mi vida profesional, por ser el motor de la familia y darlo todo sin esperar nada a cambio, a mis padres los cuales son mi principal inspiración los cuales están siempre corrigiéndome con amor, a mi hermana por ser mi cómplice y mejor amiga, a mis queridos hermanos por cuidarme y tratarme siempre como a su pequeña hermanita y a mi linda cuñada por regalarme dos estrellitas que cuidar.

Sharmely Gomez

Dedico esta tesis a mis queridos padres por su apoyo incondicional durante estos años de vida, gracias a todo su esfuerzo y sus exigencias que me impulsaron a culminar satisfactoriamente mi carrera universitaria, por el amor, comprensión y confianza que tuvieron en mí y en la ejecución de este proyecto, a mi querido hermano por siempre estar dispuesto a brindarme su apoyo en cualquier necesidad, por ser mi amigo y cómplice en cada idea y proyecto trazado, además de estar presente en todo momento.

Kelly Umpiri

Agradecimientos

Primeramente nuestro agradecimiento es a Dios por habernos permitido terminar satisfactoriamente nuestra carrera universitaria al igual que nuestra tesis y por mantenernos firmes ante las dificultades.

Nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar nuestros más profundos y sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo,

A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional y por ser un gran tesoro en nuestras vidas, siempre impulsándonos a ser mejores personas en la sociedad.

A nuestra asesora de tesis Helen Flores por compartir sus conocimientos y su apoyo profesional, además de agradecerle su paciencia, tiempo y su gran amistad para con nosotras y que fue determinante para que esto saliera de manera exitosa

Al gran alma mater nuestra querida Universidad Peruana Unión por habernos formado con principios y valores, también a cada docente que hicieron la estadía durante cinco años muy placentera y llena de momentos inolvidables y como no agradecer a nuestros amigos los cuales tomaron un papel crucial en nuestra formación y crecimiento profesional y personal.

Sharmely Gomez y Kelly Umpiri

Tabla de contenido

| | |
|--|------|
| Dedicatoria..... | v |
| Agradecimientos | vi |
| Índice de tablas..... | x |
| Índice de figuras..... | xii |
| Índice de anexos | xiii |
| Resumen..... | xiv |
| Abstract..... | xv |
| Introducción..... | xvi |
| CAPÍTULO I | 17 |
| EL PROBLEMA..... | 17 |
| 1.1 Descripción de la situación problemática | 17 |
| 1.2 Formulación del problema..... | 21 |
| 1.2.1 Pregunta General..... | 21 |
| 1.2.2 Preguntas Específicas. | 22 |
| 1.3 Objetivos | 22 |
| 1.3.1 Objetivos General. | 22 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos..... | 23 |
| 1.4 Justificación y viabilidad | 23 |
| CAPÍTULO II | 25 |
| MARCO TEÓRICO | 25 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 25 |
| 2.2 Marco bíblico filosófico | 35 |
| 2.3 Bases teóricas..... | 39 |

| | | |
|-----------------------------|--|----|
| 2.3.1 | Inteligencia emocional..... | 39 |
| 2.4.1.4 | Factores intervinientes en la modificación de la inteligencia emocional | 50 |
| 2.4.2 | Depresión | 51 |
| 2.4.3 | Adolescencia | 60 |
| 2.5 | Marco conceptual. | 62 |
| 2.5.1 | Inteligencia emocional..... | 62 |
| 2.5.2 | Depresión..... | 63 |
| 2.5.3 | Adolescencia. | 63 |
| 2.5.4 | Embarazo adolescente: | 63 |
| CAPÍTULO III | | 64 |
| METODOLOGÍA | | 64 |
| 3.1 | Tipo y diseño..... | 64 |
| 3.2 | Población | 65 |
| 3.2.1 | Criterios de inclusión | 65 |
| 3.2.2 | Criterios de exclusión | 66 |
| 3.3 | Hipótesis | 66 |
| 3.3.1 | Hipótesis General..... | 66 |
| 3.3.2 | Hipótesis Específicas | 66 |
| 3.4 | Instrumentos..... | 67 |
| 3.4.1 | Inventario de Inteligencia Emocional Ice de Baron Abreviado para niños y adolescentes..... | 67 |
| 3.4.2 | Inventario de Depresión de Beck | 69 |
| 3.5 | Operacionalización de la Variable | 71 |
| 3.6 | Recolección de datos..... | 74 |
| 3.7 | Análisis de datos..... | 74 |
| CAPÍTULO IV | | 75 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | | 75 |

| | |
|---|-----|
| 4.1. En relación a la hipótesis general..... | 75 |
| 4.1.2 En relación a la primera hipótesis específica | 80 |
| 4.1.4 En relación a la tercera hipótesis específica | 88 |
| 4.1.5 En relación a la cuarta hipótesis específica..... | 92 |
| 4.1.6 En relación a la quinta hipótesis específica..... | 96 |
| 4.2. Discusión | 100 |
| CAPÍTULO V..... | 104 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 104 |
| 5.1 Conclusiones..... | 104 |
| 5.2 Recomendaciones..... | 105 |
| BIBLIOGRAFIA | 106 |
| ANEXOS | 120 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Operacionalización de la variable A, Inventario de Inteligencia Emocional Ice de Baron Abreviado para niños y adolescentes..... | 71 |
| Tabla 2 Operalización de la variable B, Inventario de Depresión de Beck..... | 73 |
| Tabla 3 Nivel de inteligencia emocional en adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello - Azangaro, 2017..... | 76 |
| Tabla 4 Niveles de depresión en adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello – Azángaro, 2017..... | 76 |
| Tabla 5 Análisis de correlación entre Inteligencia Emocional y Depresión..... | 78 |
| Tabla 6 Resumen de modelo de correlación y determinación de Pearson entre Inteligencia Emocional y Depresión. | 78 |
| Tabla 7 Análisis de ANOVA entre Inteligencia Emocional y Depresión..... | 79 |
| Tabla 8 Dimensión Inteligencia Emocional Intrapersonal las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017..... | 80 |
| Tabla 9 Análisis de correlación entre depresión y el componente intrapersonal. ... | 82 |
| Tabla 10 Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente intrapersonal..... | 82 |
| Tabla 11 Análisis de ANOVA entre depresión y el componente intrapersonal | 83 |
| Tabla 12 Dimensión Inteligencia Emocional Interpersonal las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017..... | 84 |
| Tabla 13 Análisis de correlación entre depresión y el componente interpersonal. 86 | |
| Tabla 14 Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente interpersonal..... | 86 |
| Tabla 15 Análisis de ANOVA entre depresión y el componente interpersonal | 87 |

| | |
|--|----|
| Tabla 16 Dimensión Inteligencia Emocional y Adaptabilidad en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017..... | 88 |
| Tabla 17 Análisis de correlación entre depresión y el componente adaptabilidad..... | 90 |
| Tabla 18 Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente adaptabilidad. | 90 |
| Tabla 19 Análisis de ANOVA entre depresión y el componente adaptabilidad | 91 |
| Tabla 20 Dimensión Inteligencia Emocional y Manejo de Estrés en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017..... | 93 |
| Tabla 21 Análisis de correlación entre depresión y el componente manejo de estrés. | 94 |
| Tabla 22 Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente manejo de estrés | 94 |
| Tabla 23 Análisis de ANOVA entre depresión y el componente manejo de estrés | 95 |
| Tabla 24 Dimensión Inteligencia Emocional y Estado de Animo en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017..... | 97 |
| Tabla 25 Análisis de correlación entre depresión y el componente estado de ánimo. | 98 |
| Tabla 26 Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente estado de ánimo. | 98 |
| Tabla 27 Análisis de ANOVA entre depresión y el componente estado de ánimo. | 99 |

Índice de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Dispersión de las variables Inteligencia Emocional y Depresión..... | 77 |
| Figura 2. Dispersión de las variables depresión y componente intrapersonal..... | 81 |
| Figura 3. Dispersión de las variables depresión y componente interpersonal..... | 85 |
| Figura 4. Dispersión de las variables depresión y componente adaptabilidad | 89 |
| Figura 5. Dispersión de las variables depresión y componente manejo de estrés.. | 93 |
| Figura 6. Dispersión de las variables depresión y componente estado de ánimo.. | 97 |

Índice de anexos

| | |
|---|-----|
| Anexo A. Matriz de Consistencia | 120 |
| Anexo B. Constancia de aceptación de proyecto | 122 |
| Anexo C. Consentimiento informado..... | 123 |
| Anexo D. Instrumento de Inteligencia Emocional de Baron | 124 |
| Anexo E. Instrumento de depresión de Beck | 126 |
| Anexo F. Prueba evaluada..... | 129 |

Resumen

La investigación denominada “Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, 2017”, tuvo como finalidad determinar la relación existente entre la inteligencia emocional con la depresión en las adolescentes gestantes atendidas en dicho hospital; además de determinar y reconocer la relación existente entre los componentes de la Inteligencia Emocional: interpersonal, intrapersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y estado de ánimo con la depresión. La investigación fue de tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental, corte transversal. La población estuvo conformada por 45 gestantes adolescentes que acudieron a consulta en el servicio de obstetricia en los meses de Marzo – Abril en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, para la recolección de información se hizo uso del Inventario Emocional Ice de Baron en su forma abreviada para adolescentes y el inventario de depresión de Beck. Los resultados nos dieron a conocer a un nivel de significancia del 5%, no existe correlación directa y significativa entre la inteligencia emocional y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, por lo tanto podemos deducir que la inteligencia emocional no se relaciona con la Depresión. Así mismo, en los componentes intrapersonal, interpersonal y adaptabilidad existe una baja correlación directa y significativa; ahora bien en cuanto a los componentes manejo de estrés y estado de ánimo los resultados indicaron que no existe correlación directa y significativa con la depresión.

Palabras clave: Depresión, Inteligencia emocional, embarazo, adolescencia.

Abstract

The investigation called "Emotional Intelligence and Depression in Pregnant Adolescents in the Hospital Carlos Cornejo Rosello from Azángaro, 2017" aims to determine the relation between emotional intelligence and depression in adolescents pregnant women attended in this hospital; also determining and knowing the relation between the components of emotional intelligence: interpersonal, intrapersonal, adaptability, stress management and mood with depression. The research it was descriptive correlational, non-experimental, cross-sectional design. The population was constituted by 45 the adolescent pregnant women that went to consult in the obstetrics service in the months of March – April in the hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, for the collection of data was used The Baron's Emotional Ice Inventory in its abbreviated form for adolescents and Beck's inventory of depression. The results indicate that at a significance level of 5%, there is no direct and significant correlation between emotional intelligence and depression in the pregnant adolescents of the hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, that is to say that emotional intelligence is not related to Depression. Likewise, in the intrapersonal, interpersonal and adaptability components there is a direct and significant low correlation; but in terms of stress management and mood components the results indicated that there is no direct and significant correlation with depression.

Key words: Depression, Emotional intelligence, pregnancy, adolescence.

Introducción

Esta tesis está enfocada en determinar la relación que existe entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes en etapa de gestación que se atienden en el hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro. Actualmente se encuentran escasas investigaciones acerca de la relación existente entre estas variables. Nuestro interés es saber más y aportar conocimientos acerca de la influencia que tiene la IE y sus componentes en la depresión.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la cual acontecen cambios físicos, psicológicos y sociales, aquí el adolescente se enfrenta en una búsqueda constante de su identidad, además atraviesa constantes alteraciones en su estado de ánimo, se enfrenta a figuras de autoridad y tiene conflictos de incompreensión, así mismo está más proclive a realizar conductas de riesgo sin medir consecuencias, entre estas el consumo de drogas o alcohol, prácticas sexuales y la asunción de conductas delictivas; lo cual nos indica que cuando los adolescentes no poseen un control sobre sí mismos, compromiso, autoeficacia propia, tendrán escasa pericia para la comunicación efectiva, respeto, asertividad.

Ahora bien los embarazos no planificados en las adolescentes son un problema actual que ha ido creciendo de manera gradual en los últimos decenios. Siendo en Perú; el mayor número de casos registrados en la selva y en zonas rurales, así mismo en Puno se registraron 761 embarazos adolescentes atendidos en el 2016, casos que ocurren por lo general en familias disfuncionales, por falta de educación sexual y que muchas veces lleva a problemas psicológicos siendo una de ellas la depresión.

La depresión es una enfermedad psicológica habitual que afecta más a mujeres que a varones, y de acuerdo a su intensidad y duración puede afectar gravemente la salud y alteración en actividades familiares, laborales y escolares. Además se encontró también que en etapas puberales las tasas de depresión aumentan en el sexo femenino, esto relacionado con niveles hormonales y que entre dos a cuatro de cada diez madres tienen depresión en la etapa de gestación o postparto.

Actualmente se encuentran escasos antecedentes siendo por consiguiente el presente trabajo de tesis está enfocada en determinar qué relación existe entre la inteligencia emocional y sus componentes con la depresión en adolescentes gestantes atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La adolescencia es la etapa de la vida donde se producen cambios biológicos, mentales, emocionales y sociales. En esta etapa se establecen conductas como el consumo de drogas o alcohol, prácticas sexuales y la asunción de conductas delictivas. Además se experimentan cambios como la aceleración de su desarrollo físico, la inquietud por su aspecto, la búsqueda de la identidad personal, la elaboración del autoconcepto, la rebeldía respecto al adulto, los intereses profesionales; los cuales generan una gran ambivalencia emocional (Centro Peruano de Audición & Lenguaje [CPAL], 2014).

Goleman (como se citó en Pérez & Alegre, 2012) propone que la capacidad de las personas de estar positivamente adaptadas depende en gran manera de su inteligencia emocional. También Mayer y Salovey (como se citó en Pérez & Alegre, 2012) mencionan que cuando el adolescente no tiene una autonomía y capacidad vehemente donde se incluye la autovaloración, cualidad positiva en la vida, compromiso, capacidad para investigar críticamente las normativas de la sociedad, habilidad en escudriñar apoyo y recursos, tal como la autoeficacia propia, tendrá escasa pericia para la comunicación efectiva, respeto, asertividad, y por ende táctica de manejo de inconvenientes propios, familiares, laborales y de la sociedad. Además nos hace mención de que la inteligencia intelectual predice el 20% de los factores determinantes de éxito; y que el 80% restante depende en gran medida de la Inteligencia Emocional.

Se han realizado actualmente diversas investigaciones sobre la inteligencia emocional, para así mejorar nuestra calidad de vida, sin embargo aún sigue siendo un problema puesto que las personas en su mayoría tienen escaso conocimiento de este tema. La realización de estudios en el Perú reflejan los siguiente: Valqui (2012) refiere que en 71 estudiantes de formación secundaria, la mayor proporción presentan niveles bajos en inteligencia emocional y sus dimensiones, representando un 43,66%, siendo presentada en inteligencia emocional, un 40, 85 % en autoconocimiento, el 49,30% en autorregulación, el 43,66% en motivación, el 42,25% en empatía y el 47,89% en habilidades sociales.

Hay que mencionar igualmente a Reyes y Carrasco (2014) los cuales nos refieren sobre las categorías de inteligencia emocional que presentan 195 alumnos universitarios de 16 a 30 años de edad; fluctuando en la competencia para distinguir, relacionar, vislumbrar y manejar sus de manera adecuada sus emociones y al igual que de sus pares, está en riesgo en un 47 % de los encuestados. Su inteligencia intrapersonal adecuada alcanza un 83 %, interpersonal 55 %, adaptabilidad 38 %; manejo del estrés es de 41 %. Y finalizando en el estado de ánimo que alcanza un 54 % de IE. Además aduce la no diferencia reveladora entre las categorías de IE entre estudiantes de distinto sexo.

Por ende podemos determinar que existe un alto porcentaje en cuanto a factores de autorregulación y adaptabilidad lo cual nos indica que los adolescentes no poseen un control sobre ellos mismos, y que tienen dificultad para enfrentar a demandas que exigen el ambiente.

Según datos referidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la depresión es una enfermedad psicológica habitual, que afecta a 350 millones de individuos en la tierra. Además es causa primordial de discapacidad y morbilidad que afecta más a las mujeres que a los hombres. La depresión no solo se ha de tomar como una variación en el estado psicológico; de acuerdo a la duración que se de en este estado sea de intensidad grave puede afectar gravemente a la salud, causando sufrimiento y alterando actividades laborales, escolares y familiares; siendo el desenlace más crítico el suicidio. Así también se nos da de conocimiento

la depresión es una causa principal de enfermedad y discapacidad en cuanto a los jóvenes de ambos sexos de edades comprendidas dentro de los diez a diecinueve años.

En América Latina y el Caribe según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) refiere que en la epidemiología de las enfermedades psicológicas atendidas en la población adulta hay un predominio de 5% que sufre de depresión, sin embargo seis de cada diez personas no reciben tratamiento; también nos menciona que aproximadamente 63.000, son las personas que se quitan la vida cada año. Nos da por conocimiento además en cuanto a la depresión se torna más frecuente en mujeres que en varones; y que de entre dos a cuatro de cada diez madres tiene depresión durante la etapa de gestación o postparto.

Villalobos (2008) en un estudio realizado en Costa Rica describió a la depresión como patología habitual que afecta un 5-10% de los adolescentes, y que en etapas puberales estas tasas aumentan el doble en el sexo femenino; dicho aumento está relacionado con los niveles hormonales (síntomas premenstruales) y con las influencias ambientales que contribuyen a la presión que este sexo recibe.

En Perú, según estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, muestra que cerca de 1 700 000 peruanos son afectados por la depresión en el país y, solo en Lima, existen 350 000 con este mal que los conlleva a provocarse el suicidio si esta no se trata de forma rápida y eficaz. De cada 100 personas que sufren un estado depresivo, el 3.5% son niños de 6-10 años, el 10% son adolescentes entre 11-18 años y el 6% son adultos de 18 años a más (Castillo, 2015).

En Puno en el 2011, la Dirección Regional de Salud reportó 650 casos de depresión en la población, donde las mujeres están más propensas, motivo por el cual se observa un incremento de riesgo suicida, registrándose 167 casos a nivel regional (Humpiri, 2011).

Además en el 2016, especialista de la Dirección Regional de Salud de Puno reportó que en ese año se atendieron cantidades considerables de casos de problemas en salud mental como: violencia familiar, seguida de casos de depresión, ansiedad, alcoholismo, suicidios y otros problemas (Rodríguez, 2016).

América Latina y el Caribe ocupan un promedio de 18% de embarazos según nos indica la OPS en año de 2014. Donde en cada año se presentan 1,2 millones de casos de embarazos no planificados en adolescentes. Según encuestas demográficas y de salud realizadas en los años 2000 y 2006 el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez al momento de ser encuestadas fluctuó entre 12,2 % en Perú y 24,6% en Nicaragua (Jara, 2014).

En el Perú, el embarazo adolescente es un inconveniente actual que se ha acrecentado mucho en los últimos años. Según el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, refiere que en el 2015 se registraron 1,538 casos de madres entre los 11 y 14 años de edad que acudieron a esta institución para declarar el nacimiento de sus hijos. Así mismo se registraron 3,950 madres de 15 años de edad. Los mayores registros se presentan en la selva (40%) y en los departamentos de la costa norte del Perú (Tumbes, Tacna, Ica y Lambayeque) (Sausa, 2016).

Por otro lado las cifras del Ministerio de Salud refieren que, la cifra de madres menores de 15 años pasó de 936 casos en 2005 a 1,040 nacimientos en el año 2015. Esto quiere decir que en el Perú, cada día del año, al menos 4 menores de 15 años de edad se convierten en madres, mientras que entre las adolescente de 15 años se registra un porcentaje de 11 partos al día (Sausa, 2016).

Según Instituto Nacional de Estadísticas e Informática en el 2015, el 13.6% de las adolescentes de edades de 15 a 19 años han estado embarazadas, los porcentajes más altos se localizan en las áreas rurales, proporción dos veces a mayor al porcentaje en áreas urbanas. Asimismo, los porcentajes más elevados de embarazos pertenecientes a este grupo de edad son de la Selva, entre las regiones

de San Martín y Ucayali, siendo estas la quinta parte o más de estas adolescentes han tenido un segundo embarazo (21.5% y 20.1%, respectivamente); y en Loreto, más de la cuarta parte (27.3%) esto fue expuesto por una encuesta demográfica y de salud familiar (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2015).

A nivel de la región de Puno la Dirección Regional de Salud, registró que en el 2016 hasta el mes de Octubre se registraron 761 embarazos en adolescentes, con mayor incidencia en las edades de entre 15 y 17 años; reportándose más casos en las redes de salud San Román, seguido por Puno, Melgar y Azángaro. En relación a ello refiere que la mayoría de embarazos en adolescentes ocurren en familias disfuncionales y por falta de educación sexual, lo que ocasiona deserción escolar y problemas psicológicos en las adolescentes (Rodríguez, 2016).

En Azángaro el departamento de obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Rosello, atiende diariamente de nueve a doce casos diarios (pacientes embarazadas provenientes de los distritos que conforman la jurisdicción), de los cuales aproximadamente tres son adolescentes y fluctúan en edades de entre 12–18 años; estos casos en ocasiones presentan dificultades familiares y personales que son tratados dentro de la institución y en casos más extremos son derivados al área de psicología (Mercado, 2017).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Pregunta General.

¿Cuál es la relación entre inteligencia emocional con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017?

1.2.2 Preguntas Específicas.

- a) ¿Cuál es la relación entre el componente intrapersonal con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017?
- b) ¿Cuál es la relación entre el componente interpersonal con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017?
- c) ¿Cuál es la relación entre el componente adaptabilidad con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017?
- d) ¿Cuál es la relación entre el componente manejo de estrés con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017?
- e) ¿Cuál es la relación entre el componente estado de ánimo con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivos General.

Determinar la relación de la inteligencia emocional con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- a) Determinar la relación del componente intrapersonal con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017.
- b) Determinar la relación del componente interpersonal con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017.
- c) Determinar la relación del componente adaptabilidad con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017.
- d) Determinar la relación del componente manejo de estrés con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017.
- e) Determinar la relación del componente estado de ánimo con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017.

1.4 Justificación y viabilidad

La presente investigación nos dará a conocer qué relación hay entre los componentes de la inteligencia emocional y la depresión que se presentan las gestantes adolescentes del hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017.

Actualmente encontramos escasas referencias de acuerdo a este tema de investigación, siendo necesario indagar y determinar qué habilidades de la inteligencia emocional, tienen relación directa con la depresión sin embargo Gomez Y Aldana (2007) refieren que los factores causantes de la depresión en el embarazo

pueden ser muy diversos, entre ellos se incluyen cambios hormonales, los antecedentes personales o familiares de depresión, problemas de pareja, complicaciones en el embarazo y situaciones estresantes. Por lo tanto este estudio es justificado por la importancia que la misma presenta desde el punto de vista: teórico, teniendo como propósito de enriquecer el conocimiento científico, el cual proporcionará información válida y confiable. Así también esta investigación servirá como experiencia piloto y material bibliográfico que posteriormente podrá ser compartida con otras instituciones tales como el Área de salud, educación y social; beneficiándose al personal de salud profesional de Psicología, asistentes sociales, docentes, padres de familia, y a la comunidad en general. Así también al establecer la relación de cada componente de la inteligencia emocional con los niveles de depresión, constituiremos una fuente valiosa de información para dar conocimiento en qué áreas se necesitará un mayor refuerzo e implementación de diseños de estrategias para la promoción y prevención de la salud mental en adolescentes en riesgo, además nos ayudará a la elaboración de planes de intervención.

El proyecto de tesis es viable debido a que se obtendrá datos exactos referidos por el personal de salud que labora en dicho hospital.

Por lo expuesto podemos concluir que la inteligencia emocional tiene un papel importante en la adaptación de las personas de forma eficaz hacia situaciones cotidianas de la vida. Más aún del adolescente, puesto que se halla en una etapa constante de cambios, y se encuentra en la búsqueda de una identidad, y al no tener un conocimiento de sus estados emocionales, le dificultará a tener habilidades de resistencia ante las diversas demandas de nuestro entorno, situaciones que requieran de toma de decisiones, responsabilidad, solución de conflictos y manejo de emociones propias y de los demás. Por tanto como consecuencia le conducirá a tener conductas negativas que deterioraran su salud física como mental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Debido a que no se hallaron investigaciones notables que aborden la disertación de inteligencia emocional y depresión en mujeres gestantes de edades jóvenes se acudió a las siguientes fuentes que a pesar de no ser semejante en todos los elementos a nuestra investigación, aportan de carácter relevante con sus alcances, siendo los siguientes:

Investigaciones a nivel Internacional

En España, Rubio (2013) ejecutó un trabajo titulado Inteligencia Emocional en jóvenes y Adolescentes Españoles y Peruanos: variables psicológicas y educativas, donde el objetivo que persigue la investigación es conocer la relación de la IE con variables psicológicas, educativas, rasgos de personalidad, estrategias de motivación y aprendizaje en alumnos de secundaria de España y Perú y universitarios de diferentes carreras de la Universidad de León, a la misma vez comprobar la validación de los instrumentos utilizados y de los diseñados específicamente para esta investigación. Trata de un estudio descriptivo, haciendo el uso de autoinformes y cuestionarios. Primero se efectuó una revisión de estudios empíricos internacionales recientes para justificar la investigación y plantear los antecedentes del problema, y que ha servido de base para toda la investigación. Seguidamente, se seleccionaron, adaptaron y prepararon los instrumentos. Las

mujeres, dan mayor importancia a la capacidad de espera en búsqueda de logros futuros o satisfacción futura; presentan un estado del humor en el momento de afrontar los problemas y tolerar más situaciones extremas, los hombres destacan en la capacidad de percepción de las emociones; dan mayor importancia a la comprensión emocional, la cual implicaría la habilidad para desglosar el amplio y complejo repertorio de señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en que categorías se agrupan los sentimientos depresivos.

En México, Fernández y Delgado (2014) realizaron una investigación la cual titula Ansiedad, resiliencia e inteligencia emocional percibida en una población de mujeres con cáncer de mama, donde el objetivo del presente ha sido estudiar la ansiedad, la resiliencia y la inteligencia emocional percibida en mujeres con cáncer de mama y en un grupo control. La muestra estaba compuesta por 300 mujeres, 150 con cáncer de mama y 150 mujeres sin la enfermedad. Donde se utilizaron las escalas de ansiedad de estado-rasgo (STAI), escala de resiliencia (ER) y el Trait Meta-Mood Scale-24. Los corolarios dan a conocer en cuanto a la ansiedad estado y la resiliencia son mayores en el conjunto de mujeres con cáncer de mama que en el conjunto de control y las dimensiones de inteligencia emocional percibida obtienen significación negativa con ansiedad rasgo. Consideramos adecuado que en los programas de atención sanitaria y psicosocial prestada a pacientes con cáncer de mama se trabajen y aborden dentro de los aspectos psicológicos, la resiliencia y la inteligencia emocional percibida.

En México, Corona (2014) efectuó un trabajo de investigación titulado Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la UMF 92 en el periodo enero a diciembre 2012, su objetivo fue determinar la depresión y su frecuencia en las adolescentes gestantes. Realizándose una investigación de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en adolescentes embarazadas de la UMF 92, siendo estas evaluadas con la escala de depresión de Zung, posteriormente se realizó el análisis estadístico de los variables cualitativos porcentajes y tablas por medio del programa SPSS V 20. La población de estudio fue conformada por 76 pacientes, siendo los datos obtenidos primero que un 68.4% no presentan depresión, 22% tienen depresión leve y 9% presenta una depresión moderada,

siendo del total de encuestadas el 42% amas de casa, el 47.9% solteras y el resto casadas las cuales llevan una relación buena con su cónyuge.

En Venezuela, Serrano y García (2010) efectuaron una investigación titulada Inteligencia emocional: autocontrol en adolescentes estudiantes del último año de secundaria, con una población de 223 estudiantes (102 mujeres y 121 varones) del último año de secundaria, de instituciones educativas privadas y mixtas con edades comprendidas entre 16 a 18 años. La finalidad de esta investigación se dio para establecer niveles de presencia de la competencia emocional, autocontrol correspondiente a la variable IE en adolescentes de ambos sexos; encontrando que en este grupo existen distinciones en cuanto a los niveles de presencia de dicha dimensión, predominando tal diferencia en los varones, aunque estas distinciones no son tan contundentes a causa de los totales presentados por ambos grupos, donde se observan que no existen grandes diferencias entre el nivel alto y bajo de IE en cada grupo, con respecto a dichos totales. A diferencia de las mujeres estudiantes del último año de educación secundaria, quienes presentan debilidades para ser capaces de relajarse bajo situaciones de presión y de controlar sus impulsos.

En Italia, Cabello (2005) realizó un trabajo titulado inteligencia emocional y depresión en una muestra italiana. Donde se examinó el grado de asociación entre la inteligencia emocional (IE) de los universitarios italianos y su ajuste emocional utilizando diferentes indicadores. La muestra compuesta por 201 estudiantes universitarios italianos de la región de Liguria (Genova). La inteligencia emocional se evaluó con el cuestionario Trait Meta-Mood Scale que evalúa tres dimensiones básicas relacionadas con la Atención, Claridad y Reparación de las emociones. El ajuste emocional se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck y la escala de Satisfacción Vital. Indicándose en los resultados indicaron que una alta Atención emocional se relacionó significativa y positivamente con peores puntuaciones en ajuste emocional. En cambio, mayores niveles de Claridad y Reparación emocional se relacionaron con mejores niveles de ajuste emocional. Este estudio confirmó el carácter predictivo de la IE sobre los niveles de ajuste emocional de los

universitarios italianos coincidiendo con los resultados obtenidos en otros países europeos.

En México, Martínez y Waysel (2009) hicieron un estudio titulado depresión en adolescentes embarazadas, en el cual su objetivo fue determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas, dependiendo a la edad que se embarazaron y el apoyo recibido de familiares y amigos. El estudio fue no experimental, descriptivo y exploratorio, siendo la muestra estudiada de 100 mujeres de las cuales 50 eran menores de 18 años y se encontraban embarazadas al igual que las otras 50 mayores de 18 años, a las cuales se le aplicó un instrumento autoaplicable, diseñado específicamente para esa población que contenía las áreas de: área sociodemográfica (edad, escolaridad, estado civil), área médica (número de embarazos, semanas de gestación, edad a la que se tuvo la primera relación sexual, principal método anticonceptivo, frecuencia con la que lo utilizaba y edad de nacimiento de su primer bebé) y escala de depresión. Siendo los resultados que aquellas adolescentes que no mantenían una relación de pareja desarrollaron depresión con sintomatología grave; dicha problemática se desarrolló con agresión física y verbal, desempleo y falta de dinero. Por último, la mayoría de mujeres que contaban con apoyo materno tendían a desencadenar la depresión leve, lo cual es altamente significativo.

En México, Beltrán y Ortiz (2008) realizaron una investigación titulada, Síntomas depresivos, inteligencia emocional percibida y formas de afrontamiento en mujeres embarazadas, donde la finalidad de este estudio fue analizar la correlación entre los niveles de IEP, afrontamiento y síntomas depresivos en periodo de gestación. Para lo cual se utilizó la escala Trait Meta-Mood Scale-24 que evalúa la Inteligencia Emocional Percibida (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palafai, 1995), la escala de formas de Afrontamiento (Ruiz, Hernández & Hernández, 2004), y una versión adaptada de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) en 668 mujeres embarazadas. Los resultados muestran que en el momento que se proporciona mucha atención a las emociones estas tienen un aumento de la sintomatología depresiva, pensamientos desiderativos, resignación y autculpa. Al aumentar la Claridad y Reparación emocional disminuye la

sintomatología depresiva y se emplean formas de afrontamiento adaptativas durante el embarazo.

En México, Guadarrama (2016) realizó una investigación titulada Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato, teniendo por objetivo identificar la relación entre síntomas de depresión y los factores de IE en un estudio de tipo transversal, diseño cualitativo de tipo descriptivo con corte transversal en la cual participaron 419 estudiantes de 15 a 19 años de edad a los cuales se le aplicaron los instrumentos CES-D y TMMS-24. La información se analizó mediante la correlación de Spearman, "t" de Student y/o U de Mann Whitney hallando en sus resultados que el 22.7% de adolescentes presentaron síntomas de depresión. En relación a IE, las mujeres puntuaron alto en el factor atención y los hombres en atención y reparación emocional, mientras que en el factor de claridad ambos sexos obtuvieron bajas puntuaciones. Conclusión: estudiar la IE a partir de sus factores nos brinda un punto de vista más específico sobre el comportamiento de ésta variable con la depresión.

En Chile, Jadresic (2010) realizó una investigación titulada Depresión en el embarazo y el puerperio, Objetivo: Destacar los conocimientos actuales más importantes acerca de la depresión en el embarazo y el puerperio. Método: Se resumen los resultados de varios estudios en el contexto de una revisión de la literatura. Resultados: Un tercio de las mujeres chilenas presenta síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, mientras que la prevalencia en el posparto supera el 40%. Si se utilizan criterios operacionales estrictos, se encuentra que una de cada diez embarazadas/puérperas está deprimida. Se ha visto que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asocia a retraso en el desarrollo de sus niños(as) y a un riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. La depresión posparto se asocia a coeficientes intelectuales más bajos en la pre adolescencia, y a conductas violentas. En la actualidad se dispone de diferentes tipos de psicoterapia y medicamentos que pueden ser utilizados en este período de la vida. Entre los antidepresivos, los inhibidores de la recaptura de serotonina son los más usados. Conclusiones: La depresión pre y posparto son altamente

prevalentes y debe considerarse tanto el impacto de no tratar, como de tratar, la depresión grávido/puerperal.

Investigaciones a nivel nacional

Perú, Alva (2016) ejecutó un tesis que título Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015, el objetivo estuvo orientado a establecer el nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada. La exploración fue realizado de modo cuantitativo, nivel aplicativo, de corte transversal y descriptivo, la muestra con la cual se trabajó se conformó por 30 adolescentes embarazadas. La técnica de recogida de datos fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario que tuvo como base al cuestionario de Moss. Resultados: En relación al nivel de apoyo social percibido, se halló que la mayor proporción de adolescentes 13 (43.3%) perciben en su entorno un nivel medio de apoyo social y 8 (26.7%) un nivel bajo de apoyo social, no deja de ser importante que el 9 (30%) de adolescentes perciben un nivel de apoyo alto. La investigación tiene como conclusión que en su mayoría las adolescentes gestantes evaluadas tienen un nivel medio de apoyo social percibido en la familia, el cual comprende el apoyo afectivo, instrumental e informacional.

En Lima, López (2008) afirma que en su investigación que titula La Inteligencia emocional y las estrategias de aprendizaje como predictores del rendimiento académico en estudiantes universitarios, siendo un estudio multivariado cuya finalidad fue conocer si el rendimiento académico tenía como factores predictores a las estrategias de aprendizaje y la inteligencia emocional. Donde se evaluaron 236 estudiantes de una universidad pública de Lima utilizándose a sus cuatro facultades, donde aplicaron la Escala de Estrategias de Aprendizaje (ACRA) y el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn. Así como también se reunieron los promedios ponderados de los cursos al final del año académico 2005. Siendo su resultado que los alumnos presentan un promedio en cuanto a su Inteligencia emocional; por otro lado también encontraron la existencia de diferencias

relevantes y de significancia en cuanto al género, y en cuanto a las diferencias que obtuvieron entre facultades se concluyó que solo se distinguen en dos sub escalas.

En Lima, Manrique (2012) da a conocer que en su estudio realizado titulado Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes del v ciclo primaria de una institución educativa de Ventanilla – Callao, la cual tuvo objetivo detallar y aclarar la relación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en las áreas de matemática y comunicación. Para ello se eligieron como muestra de 145 estudiantes de 5° y 6° grado. Aplicándoseles el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ICE NA, el cual está adaptado en Perú. Esta investigación fue descriptiva correlacional, donde se puede encontrar una correlación positiva pero débil que había entre la inteligencia emocional total y el rendimiento académico en las áreas de matemática y comunicación, así como también en la dimensión interpersonal, y en las demás dimensiones no se halló correlación. Por lo tanto se llegó a la conclusión no siempre tendrán un buen rendimiento académico aquellos estudiantes que tienen habilidades emocionales altas.

En Chiclayo, Piscocya y Merino (2009) determinaron la correlación de la IE y resentimiento en su investigación la que titula Relación entre Inteligencia Emocional y Resentimiento en Mujeres Víctimas de Violencia Conyugal que asientan su denuncia en la Comisaria de Mujeres y Menores de la ciudad de Chiclayo-2009, de 44 mujeres mayores de 16 años, víctimas de violencia conyugal que asentaron su denuncia en la comisaria de mujeres y menores de la ciudad de Chiclayo en el periodo de febrero a marzo, utilizando el Test de IE BarOn- Ice. Como resultados, encontraron la existencia de una correlación reveladora entre IE y resentimiento, además de que las féminas poseen la categoría de “capacidad por mejorar” de IE y un nivel de “tendencia acentuada” de resentimiento.

En Chiclayo, Delgado y Burga (2015) realizaron un estudio titulado Inteligencia emocional en mujeres adolescentes convivientes, que asisten a un hospital provincial de Lambayeque–2014 el cual tuvo por objetivo determinar el perfil de inteligencia emocional, fue un diseño no experimental tipo descriptivo; con una población de 545 adolescentes del sexo femenino tomándose como muestra a 100

adolescentes de 13-18 años siendo estas elegidas con un muestreo no probabilístico siendo evaluadas con el inventario de inteligencia emocional BarOn–ICE–NA forma abreviada en niños y adolescentes, obteniendo como principal resultado que el perfil de inteligencia emocional de las adolescentes se caracteriza por puntuaciones medidas en general. Así también, según edad y nivel de educación la mayoría posee un nivel bajo; finalmente, en cuanto a número de hijos muestran un nivel medio de inteligencia emocional.

En Piura, Serrano y García (2010) Indagaron sobre la IE en una investigación comparativa titulada Inteligencia Emocional en Adolescentes Gestantes y No Gestantes de un Asentamiento Humano de la Provincia de Piura, de 100 adolescentes gestantes y 100 no gestantes con edades de 14 a 20 años de un asentamiento humano de la población de Piura, utilizando de instrumento el test de IE BarOn- Ice, donde se dio a conocer que las adolescentes gestantes presentan un mayor porcentaje en el nivel bajo, contrario a esto, las adolescentes no gestantes presentaron un nivel promedio de IE. Así mismo, encontraron diferencia estadísticamente significativa en el Componente Interpersonal, demostrando así que las no gestantes presentaron un mayor porcentaje en el nivel promedio, mientras que las gestantes un mayor porcentaje en el nivel muy bajo.

Perú, Lam, Contreras, Mori, Hinostroza, Torrejon y Hinostroza (2011) realizaron una investigación titulada Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. Donde su finalidad fue determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor según factores psicosociales. 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). Muestra probabilística de 593 gestantes. Se utilizó la Escala de la Depresión de Edimburgo (EPDS) para medir sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor. 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; $p<0.01$). La EPDS es un cuestionario confiable y posiblemente válido para ser utilizado en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú). 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.

En Lima, Huachupoma y Yanac (2011) realizaron una tesis con el título Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal, el cual tuvo por objetivo examinar los factores asociados a la depresión en gestantes con un diseño de corte transversal, retrospectivo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú. Donde se evaluó a 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. Resultados: se halló como factor de riesgo con asociación significativa los siguientes: violencia psicológica sufrida en la infancia y adolescencia, informes de episodio depresivo anterior, relación regular con la familia y pareja así como violencia psicológica por parte de la misma. También se halló factores protectores los cuales tenían mucha significancia siendo estos una buena relación familiar, el apoyo emocional de familia y pareja, buena relación conyugal y si el embarazo fue deseado por la pareja, llegando así a la conclusión de que para el desarrollo de la depresión en el embarazo debe de estar asociados los factores psicológicos familiares, de pareja y personales.

En Arequipa, Salazar (2015) ejecuto un trabajo de investigación la cual titula frecuencia de la ansiedad y depresión entre adolescentes gestantes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015, el objetivo caracterizar la frecuencia de la ansiedad y depresión en gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en dicho hospital, realizando una investigación

observacional comparativa de corte transversal, con una población de 90 embarazadas siendo 30 gestantes adolescentes y 60 no adolescentes a las cuales se les aplicó el test de Hamilton, dando por resultado que el total de adolescentes embarazadas mostraban un nivel más alto de ansiedad que el de las no gestantes, así mismo se dio un nivel leve de depresión en 60% de embarazadas adolescentes y un 33.33% en no adolescentes; el 13.33% de madres adolescentes presentaron depresión moderada a severa, lo que ocurrió en 30% de madres no adolescentes.

Investigaciones a nivel regional

En Puno Sullca y Schirmer (2006) efectuaron un estudio titulado Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno-Perú, el cual fue un estudio de tipo epidemiológico con diseño de caso-control, este artículo tiene por objetivo de describir el perfil epidemiológico de la violencia intrafamiliar sufrida por las adolescentes embarazadas y no embarazadas. El estudio fue realizado en el servicio integral al adolescente del Hospital Manuel Nuñez Butrón y colegios de educación secundaria de la ciudad de Puno - Perú. Los resultados fueron obtenidos por medio del análisis estadístico, encontrándose diferencia estadísticamente significativa en la ocurrencia de violencia física ($p = 0,008$) y para la violación como violencia sexual ($p = 0,01$). El estudio nos permitió concluir que, la mayoría de las adolescentes fueron víctimas de violencia en sus diversas formas de agresión, perpetrada tanto por los miembros de la propia familia (intrafamiliar) como por personas ajenas a la familia (extrafamiliar) y las causas más frecuentes asociadas a la agresión física y psicológica fue: desobediencia, llegar tarde a casa, tener amigos o enamorado y realizar el trabajo doméstico lentamente.

En Juliaca, Machaca (2014) realizó una tesis titulada Relación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en la asignatura de comunicación en estudiantes del quinto año de educación secundaria del colegio industrial Simón Bolívar, Juliaca, teniendo por objeto final identificar la relación que existe entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en la asignatura de Comunicación en estudiantes del quinto año de educación secundaria del Colegio antes mencionado, la investigación pertenece al diseño no experimental

transaccional, al tipo descriptivo correlacional. Se aplicó el Test ICE de BarOn para medir el grado de inteligencia emocional, tiene 133 preguntas agrupadas en cinco dimensiones (capacidad emocional intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo de tensión y estado de ánimo) el cual dio por resultado que el 55.6 %. Posee una inteligencia emocional muy alta y se posiciona como sobresaliente en su rendimiento académico, por otro extremo se encontró a un 82.4% que posee inteligencia emocional muy baja y se posiciona en rendimiento académico como bueno. Por lo tanto, concluyeron que si existe relación significativa entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en la asignatura de comunicación en alumnos del quinto año de Educación Secundaria del Colegio Industrial Simón Bolívar, Juliaca.

En Juliaca, Ventocilla (2015) realizó una tesis la cual titula Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014, la tesis realizada tuvo como intención referir 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 grupo se conformó por 72 madres gestantes entre las edades de 16 a 28 años, que acudieron a atenderse en la Micro red de Salud. El delineación 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). El resultado dio a conocer 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.

2.2 Marco bíblico filosófico

Nedley (2016) menciona las predomios sobre la Inteligencia Emocional (IE) las cuales desde ya un tiempo atrás son puesto en tela de juicio y más aún en los últimos diez años. Por otro lado se dice que nuestra constitución genética redime un pequeño papel siendo nuestras experiencias que tenemos en la infancia, ya sea

cómo se nos crio y qué tipo de suceso nos acogieron todas estas ejercen de alguna forma dominio en nuestro actuar. Nuestro nivel actual de apoyo emocional que recibimos también juega cierto papel. Pero de todo ello lo más importante en realidad la que más influencia tiene en nuestra IE son nuestras creencias y esto debe a que nuestras emociones proceden en gran mayoría de esas fuentes siendo estas: nuestras valoraciones de las efemérides, la forma en que cavilamos acerca de los inconvenientes, nuestra forma silenciosa de introspección.

Realmente nuestras creencias tienen mucho que ver con cómo nos sentimos, frente o difiriendo a lo que verdaderamente ocurre en nuestra existencia. Para ello consideremos este modelo que nos da la Biblia. “Pablo y Silas fueron encarcelados sin ser juzgados, fueron cruelmente golpeados y tirados en el piso áspero, con las muñecas y los pies aferrados a cepos” (Hechos 16:22-24 Reina Valera). A ellos no se les encontró llorando o quejándose, más aun ellos cantaban alabanzas a Dios, puesto que sus pensamientos y fidelidad eran mucho más fuerte que lo que realmente los aquejaba en ese momento de sus vida.

Nedley (2016) menciona un modelo de distorsión cognitiva la cual está bien ilustrado a través del primer rey de Israel. “Saúl era alto e increíblemente apuesto” (1 Samuel 9:1, 2); también era pudiente. Y a pesar de que poseía estas supuestas superioridades, los pensamientos negativos empezaron a desplegarse en su percepción; sus pensamientos que eran grandiosas distensiones de la realidad. A un nivel superficial parecían válidos, pero en el fondo eran pensamientos irracionales, retorcidos.

Durante el silo primero los cristianos recibieron la exhortación de “hablar confortablemente a las almas abatidas” (1 Tesalonicenses 5:14). Por ende la expresión “almas abatidas” puede referirse a “aquellos que pasan por períodos de agobio debido a los problemas de la vida”. Está claro que hasta algunos siervos fieles de Dios llegaron a sentirse deprimidos, abatidos y angustiados.

En Salmo 38:6 menciona “Me he desconcertado, me he inclinado hasta grado extremo; todo el día he andado triste.” Aquí podemos apreciar que algunos siervos de Dios tuvieron emociones negativas. Por ejemplo, Ana se sintió “amargada de alma”, expresión que además se ha transcrito por “muy angustiada” y esto lo encontramos en (1 Samuel 1:10). Por otro lado también encontramos a el profeta Elías el cual se angustió tanto que le pidió a Dios que le quitara la vida (1 Reyes 19:4).

White (2009) Señala en su libro Consejos para la salud - 2ª ed. que toda mujer que va ser madre, a pesar del medio que la rodee, debe de alentar constantemente una disposición alegre, sabiendo que sus esfuerzos le proporcionarán una cosecha diez veces mayor en el aspecto físico y en el carácter moral de su vástago, de esta manera también su salud física mejorará considerablemente. Los principios vitales serán fortalecidos; la sangre no fluirá pesadamente como cuando se deja invadir por la tristeza y el abatimiento. Su salud moral y mental se vigoriza con la animación de su propio espíritu.

White (1999) en su libro Palabras de vida del gran maestro-4ª ed. menciona que aun nuestras ideologías deben de ser sujetados a la carácter de Dios, así como nuestros sentimientos interpuestos bajo la inspección de la razón y la religión puestos que estos nos dan algunos parámetros de vida. También menciona que la imaginación no se nos dio para consentir que anduviéramos desbocados realizando nuestra propia voluntad, sin hacer por lo menos esfuerzo alguno para limitarla o disciplinarla. Siendo así que si los pensamientos son malos, los sentimientos también lo serán, por ende los pensamientos y sentimientos combinados constituirán nuestro carácter moral.

White (2008) Señala en su obra Testimonios para la iglesia – 2ª ed. que si al cometer un error, ganamos ciertamente una victoria si logramos verlo y lo considerarlo un indicio de amonestación hacia un futuro fracaso. De esa manera lograríamos transformar la derrota en victoria, burlando al enemigo y enalteciendo a nuestro Redentor. Menciona como ejemplo al rey Saúl al cual cuando se lo confrontaba, transfería su infracción a otros y se autojustificaba por ello al ser

corregido por el profeta de Dios se le inquirió del por qué no continuó las instrucciones divinas, Saúl emprendió a señalar situaciones en las que sí había seguido las instrucciones de Dios (1 Samuel 15:20, 21). Siendo incluso que en atributo, Saúl se quejó a Samuel aduciendo que se no se limitara a hablar de las cosas que hizo mal que tenía muchas cosas buenas que resaltar así aduciendo que estas cosas no eran tan importantes y fue así que su principal problema por el cual fue castigado fue minimizar su culpa y poner excusa a toda actitud.

White (1970) Explica en su obra *Conflicto y Valor* – 1ª ed. que mucha gente envidiaba la fama y la exuberante gloria de Salomón, pensando que era el más feliz de todos los individuos claro que él tenía dominios, fortuna, mujeres, mucha fama y bastantes patrimonios. Sin embargo, menciona que todo el ostento que le rodeaba se concluía en una burla de la pena y la intranquilidad de sus pensamientos a medida que se ponía a ver su vida desaprovechada en que solo se basaba en hallar la felicidad mediante la satisfacción y la complacencia egoísta de cada uno de sus deseos Siguiendo su propia apesadumbra experiencia, Salomón vislumbro cuán deshabita es una vida consagrada a buscar las cosas terrenales como el bien más elevado siendo estas reflexiones apagadas le acosaban diariamente. Simplemente para él ya no existía un deleite en la vida y mucho menos en la paz espiritual, y su futuro se le advertía oscuro y exasperado.

En su libro White (2007) refiere en su libro *El ministerio de curación* - 2ª ed. que siendo el amor de Dios tan grande y tan infalible, se debe alentar a los enfermos a que confíen en Dios y tengan ánimo. La congoja acerca de sí mismos los debilita y enferma. Si los enfermos resuelven sobreponerse a la depresión y la melancolía, tendrán mejores perspectivas de sanarse; pues “el ojo de Jehová está sobre los que esperan en su misericordia” (Salmos 33:18).

En conclusión los grandes pensadores han influido hasta nuestros días, contribuyendo a la visión de las emociones como propias de animales más primitivos que el hombre y otorgando un sesgo negativo a todo comportamiento que esté basado en fuentes emocionales. Aunque en la actualidad las teorías no niegan la funcionalidad y significado de las emociones, se considera que las

emociones dependen de la razón. Para la perspectiva cognitiva ambas, emoción y cognición, son consideradas igualmente importantes, pero la emoción es fruto de las interpretaciones que hacemos de nuestro entorno. Por tanto, esta perspectiva no supone una ruptura completa con la visión tradicional de las emociones.

2.3 Bases teóricas

2.3.1 Inteligencia emocional.

De acuerdo con Goleman (1995) se conceptúa el tema de inteligencia emocional como un incorporado de destrezas caracterizándose por: la capacidad de automotivación tal como enfrentar las frustraciones; regular sus impulsos y retardar la reacción; controlar su estado emocional y evitando así a las perturbaciones la disminución de la habilidad de razonar; mostrar empatía y abrigar esperanzas.

2.3.1.1 Las Emociones.

Para poder comprender el origen y la trascendencia de la inteligencia emocional, es preciso aclarar a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de emoción, así como describir sus funciones y la relevancia que ocupa en los trastornos mentales.

Mayer, Salovey y Caruso (2000) señalan que tradicionalmente se comprende en la psicología que entre los procesos psicológicos básicos se encuentra: la cognición, las emociones, la motivación y la conciencia. De este modo, la motivación sería el responsable de dirigir al organismo a satisfacer sus necesidades. Siguiendo a Maslow y su pirámide de necesidades recordamos cómo de la base a la cúspide estas necesidades ascienden de las básicas para la supervivencia como las necesidades fisiológicas, a las más abstractas como la autorrealización.

Localizar una definición acorde de qué son las emociones no es una tarea fácil, existen múltiples definiciones de lo que es emoción y dependiendo del paradigma imperante en cada época podemos hallar diferentes conceptualizaciones.

La idea más tradicional es que se trata de “un estado de ánimo producido por las impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión” (Martínez, Páez, y Ramos, 2005). Actualmente esta aproximación a las emociones se considera poco delimitada y poco científica. La emoción puede ser desencadenada por estímulos externos, una situación determinada, o estímulos internos, un pensamiento, después el organismo realiza una valoración del mismo, se activa fisiológicamente, expresa corporalmente la emoción y posteriormente actúa. Además los desencadenantes de la emoción pueden clasificarse como intrapersonales, así encontramos respuestas selectivas propias de nuestra especie a determinados estímulos, por ejemplo, los estímulos novedosos nos solicitan mayores respuestas emocionales y observamos miedos comunes que protegen a la especie. Por otro lado, la historia personal del sujeto, todo lo que le acontece desde que se forma, va creando huellas emocionales que producirán respuestas inconscientes que le harán responder en milisegundos a situaciones determinadas, sin que la persona sea consciente de su origen. La expresión y control de las emociones depende en gran medida de la cultura en la que uno se desarrolla, lo cual tiene una enorme influencia en el modo en el que gestionamos nuestras emociones. La familia en la que crecemos también moldea nuestras experiencias emocionales así como las habilidades emocionales que desarrollemos (Martínez et al., 2005).

2.3.1.2 La Inteligencia.

Grandes pensadores como Platón (429-343 a.C.) ya trataron de medir los talentos de su país mediante una serie de pruebas que administraba a personas para seleccionar a los que posteriormente pasarían a formar parte del gobierno.

A finales del siglo XIX Francis Galton se interesó por el estudio de los factores psicofisiológicos y hereditarios de la inteligencia, utilizaba tareas como medir el tiempo de respuesta y la agudeza sensorial, aunque carecía de una teoría que sustentara su trabajo, contribuyó a acrecentar el interés por este campo de estudio.

Gardner (1983) define a la inteligencia como la capacidad o habilidad para resolver problemas o para fundar efectos que se supongan de gran valor dentro de uno o más entornos culturales.

2.3.1.3 Definición de Inteligencia Emocional

Involucra la pericia para distinguir y valorar con precisión la emoción; la destreza para permitir y/o forjar impresiones al proporcionar éstos el pensamiento; la capacidad de vislumbrar la emoción y el discernimiento emocional, siendo la habilidad manejar las emociones que promueven el desarrollo emocional intelectual (Mayer & Salovey,1997).

Otro autor que también ha destacado en la disertación de la inteligencia emocional es Bar-On, R (1997) quien precisa que la inteligencia emocional es un grupo de capacidades, aptitudes y destrezas no cognoscitivas las cuales se interrelacionan con el éxito que las personas obtienen en su existencia. En palabras del autor: La inteligencia describe un conjunto de habilidades, competencias y habilidades que representan una colección de conocimiento que se utiliza para afrontar con efectividad la vida. El adjetivo emocional es empleado para enfatizar que este tipo específico de inteligencia difiere de la inteligencia cognitiva (Bar-On, R, 1997).

Martineaud y Engelhart (1996) la definen como la pericia para analizar los sentimientos propios y ajenos, así como inspeccionar y controlar los impulsos y razonamiento, también perseverar la tranquilidad y el optimismo en el momento que nos veamos frente a indiscutibles pruebas, y así también poder conservar la auscultación del otro”.

Goleman (1995) Se refiere a la IE como una agrupación de habilidades, cualidades, pericias y capacidades que establecen la conducta de una persona, sus intransigencias o estados mentales. En palabras del propio autor sería “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos, y de manejar adecuadamente las relaciones”, aunque unos años más

adelante la reformula como “la capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones interpersonales”.

Para Epstein (2001) la persona con inteligencia emocional piensa de modo constructivo, por lo que para él estas personas tienen, sobre todo, una estructura de pensamiento flexible, adaptan sus modos de pensar a las modalidades de diferentes situaciones se aceptan bien a sí mismas y a los demás, suelen establecer relaciones gratificantes y generalmente tienden a conceder a otros el beneficio de la duda incluso en esta situación evalúan sus conductas como eficaces o ineficaces para conseguir una finalidad específica.

Vallés (2005) echar de ver que se trata de una capacidad intelectual de utilizar las emociones para solucionar dificultades. Se trataría de una destreza para sugestionar, concebir, y emplear efectivamente la potencia y la sagacidad de las emociones como base de voluntad personal, investigaciones, relaciones e influencias.

En conclusión mayormente los investigadores y también en las investigaciones que fueron realizadas sobre este tema, la definen como una agrupación de destrezas que nos permiten percibir, entender, razonar y manejar nuestras emociones y las de otros. Siendo ya una vez descritas las principales definiciones que delimitan el término inteligencia emocional, se desarrollan los principales modelos destacados en el tema de inteligencia emocional.

2.3.1.3.1 Modelos de Inteligencia Emocional.

Actualmente los modelos de inteligencia emocional se dividen principalmente en dos grupos: los modelos de capacidades y los modelos mixtos o de personalidad. Los modelos de capacidades describen una serie de capacidades cognitivas referentes a las emociones, el modelo de (Mayer, Salovey y Caruso, 2000) el cual cuenta con mayor aceptación en la actualidad. Los modelos mixtos mezclan capacidades emocionales y rasgos de personalidad. Dentro de éste último,

destacan el modelo de (Bar-On, 1988), el modelo de (Goleman, 1995), y el modelo de (Petrides & Furnham, 2000).

2.3.1.3.2 Modelo de Capacidades.

El modelo de capacidades de Mayer et al. (2000) dividen la inteligencia emocional en cuatro ramas básicas. Cada rama incluye diferentes estadios de capacidad que se aprenden a dominar de manera secuencial. En los diferentes niveles, encontramos desde las capacidades más básicas a las más integradas. De la base a lo más elevado encontramos desde sus funciones más simples como la identificación de emociones, ascendiendo hacia las más complejas como su regulación. De izquierda a derecha de la figura, se representan aquellas capacidades que se desarrollan más tempranamente, hacia la derecha encontramos capacidades más maduras evolutivamente, más adultas. Los autores presuponen que aquellos que poseen niveles más altos de IE progresan más rápidamente en el dominio de éstas capacidades. Siguiendo el orden de adquisición descrito por (Mayer & Salovey, 1997).

- Percepción, valoración y expresión emocional.
Dentro de esta capacidad se describen cuatro capacidades que se van desarrollando progresivamente en los individuos. La primera sería la capacidad para identificar la emoción en las etapas corporales, pasiones y cogniciones de uno. La siguiente capacidad sería identificar emociones en otros, en bocetos, en obras de arte, a través del sonido, apariencia y conducta. Expresar emociones adecuadamente y expresar las necesidades relacionadas con esos sentimientos sería un escalón más en el desarrollo, para terminar en esta rama con la discriminación entre expresiones precisas o imprecisas, u honestas versus deshonestas, de las emociones. Descritas por (Mayer & Salovey, 1997).

- **Facilitación emocional del pensamiento.**
En esta rama se asocian las emociones con la cognición. En este sentido describen cuatro muestras de este proceso de facilitación, comenzando por señalar que los pensamientos son priorizados por las emociones los cuales dirigen la atención a las informaciones percibidas como importantes, siguiendo por resaltar que las emociones fuertes y favorables se logran generar como apoyo de una reflexión y de tal manera la memoria por sobre los sentimientos, incluyendo además el humor cambiado el punto de vista de las personas siendo desde el optimismo hasta el pesimismo u negativismo, beneficiando la circunspección de las múltiples posiciones de ideas, y concluyendo con que los estadios emocionales incitan el afrontamiento de problemas específicos, por ejemplo, la felicidad y gozo facilitan el raciocinio inductivo y la creatividad (Mayer & Salovey, 1997).
- **Comprender y analizar las emociones: empleando el conocimiento emocional.**
Dentro de este nivel son descritas cuatro capacidades que evolucionan según su complejidad, desde la capacidad para etiquetar emociones y dar a conocer la relación existe entre los mensajes y las emociones propias, como por ejemplo la interrelación que existe entre gustar y amar, la capacidad de descifrar los significados que las emociones emiten con respecto hacia las emociones, como son la tristeza por la pérdida de un ser querido, la capacidad así como también el vislumbrar sentimientos complicados, simultáneos o mezclados, y por último, registrar las conversiones entre emociones el cual se podría vislumbrar en pasar de ira a satisfacción o inclusive a la vergüenza o en un caso contrario. Comprender las emociones implica por tanto conocer el vocabulario

emocional, conocer el modo en el progresan las emociones, clarificar las emociones que pueden estar mezcladas. Por ejemplo, un ser humano es capaz de sentir enfado, expresarlo con quien no debe, y seguidamente sentir culpa, también la cabida para visualizar tal cambio de emociones implica una capacidad emocional (Mayer & Salovey, 1997).

- La regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual.
- El último y más difícil paso es el de mejorar o modificar nuestros sentimientos. Para ello, la primera capacidad consiste en encontrarse accesibles a sentimientos, placenteros o no placenteros, después debemos atraer o distanciarnos razonablemente frente a una emoción, dependiendo esta figurativamente de la información proporcionada o la utilidad que se le dé. Otro grado más complejo es regularizar deliberadamente las emociones con proporción hacia uno mismo y los demás, implica por tanto registrar la claridad, lo puntual, lo influyente o razonables que llegan a ser. Por último, la capacidad de regularizar las emociones hacia uno mismo y del prójimo, atenuando las emociones negativas e intensificando las placenteras, sin lograr del todo reprimir o extremar la información que transmiten (Mayer & Salovey, 1997).

2.3.1.3.3 Modelos Mixtos.

El modelo de Bar-On y el modelo de Goleman son considerados mixtos porque incluyen en la significación de inteligencia emocional rasgos de personalidad los cuales son el control del impulsos, la motivación, la tolerancia a la frustración, el manejo del estrés, la ansiedad, la asertividad, la confianza y/o persistencia (García et al., 2010). Al ser delimitada la inteligencia emocional como un rasgo, ello implica que permanecen estables a través de los años y las circunstancias.

2.3.1.3.4 Modelo de Bar-On.

Bar-On (1988) finaliza su tesis doctoral *The development of a concept of psychological well-being* (el desarrollo de un concepto de psicológico en el ser), el cual sienta el cimiento de las investigaciones realizadas posteriormente sobre la inteligencia emocional del mismo autor. Sus investigaciones sobre aquellas características de personalidad que se encuentran relacionadas con el éxito en la vida le llevaron a describir una serie de áreas que el engloba bajo la denominación de inteligencia emocional. Estas áreas incluye: habilidades intra e interpersonales, la adaptación, el manejo del estrés y del estado de ánimo frecuente. La descripción de cada uno de estos componentes queda resumido en lo siguiente:

a. Componente intrapersonal:

- Perspicacia emocional de sí mismo: capacidad para comprender las emociones, sabe su causa y ser capaz de discriminar unos sentimientos de otros.
- Asertividad: habilidad para proteger los derechos respetando los derechos y sentimientos de las personas nos rodean, expresar nuestros sentimientos y dogmas sin hacer daño a los otros.
- Autoconcepto: es capacidad de aceptarse, comprenderse y quererse a uno mismo, aceptando las limitaciones así como ya sean aspectos auténticos y perjudiciales de sí mismo.
- Autorrealización: destreza para ejecutar realmente aquello que somos capaces de hacer y disfrutar de ello.
- Independencia: capacidad de autodirigirse, sentirse seguro de uno mismo y tomar sus propias decisiones.

b. Componente interpersonal:

- Empatía: práctica de apreciar, percibir y valorar los sentimientos de las personas.
- Relaciones interpersonales: capacidad para establecer relaciones cercanas emocionalmente con los demás de modo que se mantengan en el tiempo y que sean satisfactorias.

- Responsabilidad social: pericia para ser miembro constructivo de un grupo social y cooperar así como contribuir al mismo.
- c. Componente de adaptabilidad:
- Solución de problemas: capacidad de identificar, definir e realizar soluciones seguras a los problemas.
 - Prueba de realidad: capacidad para diferenciar entre lo que experimentamos y lo que existe en realidad.
 - Flexibilidad: siendo esta la destreza de manejar las emociones, pensamientos y conductas frente a las circunstancias cambiantes del contextos.
- d. Componentes del manejo del estrés:
- Tolerancia al estrés: capacidad de sobrellevar sucesos hostiles, estrés e intensas emociones.
 - Control de impulsos: habilidad de resistir y controlar las emociones.
 - Componente del estado de ánimo general.
 - Felicidad: capacidad para sentirnos satisfechos de nuestras vidas.
 - Optimismo: habilidad para ver los aspectos positivos de la vida.

Según Bar-On (1997) el cambio o manejo de la inteligencia emocional y social es mayor al aspecto cognitivo. El autor mezcla en su definición de inteligencia emocional, tanto habilidades mentales (por ej., conocimiento emocional de sí mismo) como características de personalidad tales como la independencia. Otros investigadores han criticado este conjunto de componentes que describe dentro de un mismo concepto, así como la escasa correlación entre sus componentes como es el caso del estado de ánimo con la inteligencia.

2.3.1.3.5 Modelo de Goleman.

Para Goleman (1995) el cociente emocional es un complemento necesario al concepto tradicional de cociente intelectual. Las interrelaciones existentes entre ambos son muestras de su complementariedad. Ejemplo de ello sería el éxito logrado tanto por un individuo que posea una alta capacidad intelectual y escaso cociente de trabajo, como por aquel que posee una capacidad intelectual medio y un mayor cociente de trabajo.

Según Goleman, los componentes de la inteligencia emocional son:

- a) Conocimiento de sí mismo: la conciencia que uno tiene de sus estadios internos, así como sus peculios e discernimientos.
- b) Autorregulación: control que tenemos de nuestros estados internos, impulsos y recursos.
- c) Motivación: es aquellas tendencias emocionales que facilitan, encaminan y ayudan en el logro de objetivos trazados.
- d) Empatía: es el conocimiento de sentimientos, penurias y ansiedades de personas ajenas.
- e) Habilidades sociales: es la destreza que ayuda a incitar contestaciones apropiadas frente a las personas sin llegar a controlarlos.

Su modelo trata de predecir el éxito en casa, la escuela y el trabajo. Los individuos jóvenes con alto nivel de inteligencia emocional son menos agresivos, más populares y tienen mejor capacidad de aprender (Goleman, 1995, pág. 192) y tomar mejores decisiones sobre temas de drogas, tabaco y sexo, en el trabajo son personas que trabajan mejor en equipo, cooperan más, y ayudan a aprender a otros de modo más efectivo, en general el autor habla de una ventaja en cualquier aspecto de la vida, tanto en las relaciones íntimas como en el éxito de un gobierno para organizar la política.

2.4.1.3.6 Modelo de la inteligencia emocional rasgo de Petrides y Furnham.

En este modelo se conceptúa la IE como un rasgo de personalidad situado en los horizontes menores de las jerarquías de la personalidad. Petrides y Furnham (2000). Bajo este modelo la IE rasgo se mide mediante medidas de autoinforme y se declina a las percepciones que las personas tienen de sus capacidades

emocionales. La teoría de la IE rasgo enfatiza la innata imparcialidad de las experiencias emocionales.

Los factores que componen este modelo son:

- Adaptabilidad: las personas con alta puntuación se ven a sí mismas como flexibles y con voluntad para adaptarse a nuevas condiciones.
- Asertividad: siendo esto el carácter para proteger sus derechos.
- Percepción emocional de sí mismo y los demás: claridad ante sus sentimientos por ende de las demás personas.
- Expresión emocional: capacidad para comunicar sentimientos a otras personas.
- Gestión emocional de los demás: influencia en sentimientos propios y extraños.
- Regulación emocional: capacidad para controlar emociones.
- Baja impulsividad: reflexivo y con capacidad para resistir los impulsos.
- Habilidades de relación: cabida para conservar diplomacias personales que sean satisfactorias.
- Autoestima: con éxito y con autoconfianza.
- Automotivación: con pocas probabilidades de rendirse.
- Competencia social con capacidad para trabajar en equipo y altas habilidades sociales.
- Manejo del estrés con capacidad para soportar la presión y regular el estrés.
- Empatía capacidad para ponerse en el lugar del otro y sentir su problemática.
- Felicidad rasgo contento y satisfecho con su vida.
- Optimismo rasgo seguro de sí mismo y pensando que la vida le sonrío.

2.4.1.3.7 *Modelo De Epstein: Inteligencia Emocional y Experiencial.*

Epstein (1998) postula la existencia de dos tipos de inteligencia: la racional, que puede ser medida a través del CI, y la inteligencia experiencial, que es la inteligencia relacionada con las emociones y comprende a su vez las inteligencias

emocional, social y práctica, equiparando a esta inteligencia experiencial con el pensamiento constructivo.

Contreras, Chávez, Aragón y Velázquez (2011) nos dan a conocer que el pensamiento constructivo está formado por dos componentes: el afrontamiento emocional y el afrontamiento conductual. El primero se relaciona con un adecuado manejo de los sentimientos negativos. Aquellos que son considerados buenos afrontando emociones se caracterizan por mantener un nivel de estrés adecuado, no preocuparse por lo que no se puede controlar, no tomarse las cosas personalmente y no ser excesivamente sensible al rechazo y al fracaso. El afrontamiento conductual consiste en un pensamiento orientado a la acción, ser optimista, aceptar los retos y pensar en modos eficaces de solucionar los problemas. Un buen pensador constructivo alcanza niveles elevados en ambas facetas.

2.4.1.4 Factores intervinientes en la modificación de la inteligencia emocional

El desarrollo de la IE una institución educativa es muy puntual, ya que la educación sin sentimientos es una mera instrucción que no tiene eco en los alumnos y que no abarca la totalidad personal. Para que los aprendizajes sean interiorizados y generalizados es necesario tener en cuenta los sentimientos, las experiencias y vivencias de los alumnos y así presentárselos de forma significativa para ellos. Además, la educación ha de desarrollar tanto la vida intelectual como la emocional, de tal manera actualmente se apuesta por una educación completa personal, y las personas constan de ambas partes (Ramirez, 2009).

Por lo cual el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales se hace imprescindible para socializar e interiorizar las formas de conducta para afrontar las situaciones. Estas habilidades han de ser enseñadas desde la infancia porque su desarrollo y mantenimiento requiere la intervención consciente y planificada de los agentes educativos, entre los que se haya la escuela (Ramirez, 2009).

La adolescencia presume una etapa en la que se forma el sentido de vida, a menudo el adolescente va cambiando en el adolescente la manera de ver todo lo

que lo rodea. Entre tanto juntamente con su familia atraviesan y enfrentan dificultades, que no existían cuando eran niños, y ahora deben enfrentar, siendo estas, las alteraciones en su estado de ánimo que viene acompañado generalmente con labilidad emocional, el cambio de un estado de animo a otro con facilidad, también hay conflictos con figuras paternas, la incomprensión, el cuestionamiento de la autoridad en el hogar, seguida de la realización de conductas de riesgo y un menoscabo de las consecuencias de dichos actos (Musitu & Cava, 2003).

Bisquerra (2010) Menciona que las madres y padres en general desempeñan un trabajo esencial en la formación y desarrollo emocional así como de sus competencias como son el reconocimiento y expresión de emociones de sus hijos, por lo que, son ellos y ellas mismas quienes requieren poder desarrollar y fortalecer estas habilidades si desean dar una educación emocional adecuada.

Por su parte, Muñoz (2007) Sostiene que la capacidad propia de la inteligencia emocional, de dar la razón a sus propias fortalezas y debilidades, lejos de hacer frágil al modelo que un padre o madre, le proporcionan una capacidad mucho mayor de ser dueño de sus impulsos, especialmente en situaciones de gran tensión emocional como las que podrían vivir en la educación de sus vástagos.

2.4.2 Depresión

El término depresión deriva de la palabra latin depressu, 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 (Sudupe, Taboada, Castro, & Vasquez, 2006)

Hollon y Beck (citado en Almudena, 2009) delimitan la depresión a modo de patología en la cual hay interacción de numerosas modalidades ya sean esas de forma orgánica, afectiva, conductual y cognoscitiva. De tal manera da razón que las distorsiones cognitivas en el procesamiento y examen de infografía, son causas

principales del problema dando lugar que de ahí partan o se desaten los mecanismos restantes.

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).

Almudena (2009) menciona que la depresión es tratado como un patología psíquica, que es asiduamente demandante, que a su paso es la causa de una variación del estado de ánimo siendo esta de manera depresiva (tristeza) comúnmente se acompaña de síntomas de ansiedad, en la cual pueden proporcionar además de esta, otros síntomas psíquicos de inhibición, tal como la sensación de vacío y abandono en general, mengua de la comunicación y un apatía al contacto con la sociedad, de tal manera se puede observar variaciones en el apetito y sueño lo cual vendría a ser llamado insomnio tardío, también se presenta el enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpabilidad e incapacidad, ideas recurrentes de muerte e incluso podrían venir acompañados de intentos suicidas, etc. así también sintomatología somática diversa, así mismo parece que la mayoría de personas adultas presentan síntomas de melancolía lo cual es contrario a los jóvenes que presentan más sintomatología atípica lo cual es apoyada por muchas teorías.

La depresión es la muestra de una tristeza sin un motivo o razón supuesta que pueda dar una justificación; puede aparecer en niños, adolescentes y adultos jóvenes, medios y tardíos. Siendo así en los infantes y adolescentes se puede visualizar desde un escaso rendimiento escolar, el cual viene escoltado de manifestaciones que pueden diferir como la tristeza y retraimiento voluntario lo cual reportan como “querer estar solos” (Rosilio, 2011).

Por otro lado Rosilio (2011) también menciona que otras características del cuadro clínico son el frecuente pesimismo y el nivel de autoestima bajo. La depresión surge en un hombre o en una mujer aunque en el caso de las féminas

se pronuncia en un aumento y son de dos a tres veces más proclives 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 toda persona en diferente etapa de su existencia.

Ventocilla (2015) explica que la duración del estado de ánimo y el tiempo que permanece el estado depresivo es un elemento clave para poder instituir la gravedad y el tipo de depresión. Y es en este punto la necesidad de dar cuenta de que una depresión leve tiene un tiempo corto de duración o puede ser de forma repetitiva la cual mengua con facilidad y no necesariamente genera problemas mayores, caso contrario a lo que sucede con los niveles graves que a medida que avanza tiene la posibilidad de afectar de forma negativa en muchas áreas de la vida cotidiana del individuo sea varón o mujer.

2.4.2.1 Teorías de la depresión

Callado y Bernal (2011) mencionan las siguientes teorías de depresión.

- a) Modelo psicoanalítico: Insta que la depresión se debe al desgaste real o imaginario del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de agresividad, rabia y deslíz.
- b) Modelo de estrés: Los estresores vitales o los cambios en la situación que necesitan reajustes causan depresión. Se demanda que los síntomas depresivos en los adolescentes se producen como una reacción a problemas familiares como agresión parental, disciplina punitiva y desacuerdo entre los padres.
- c) Modelo de aprendizaje vicario: Fundamentado por Bandura, según el cual los adolescentes pueden adoptar comportamientos observados e influidos en su entorno.
- d) Modelo de desesperanza aprendida: La ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables causa en la persona vulnerable, sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las peticiones de la vida.
- e) Modelo de distorsión cognitiva: La persona que manifiesta al estrés con ideas negativas acerca de ella misma, de las personas y del futuro (triada

cognitiva) con mayor posibilidad se deprimirá. Estas personas seleccionan la información negativa que refuerza su visión negativa del mundo y de sí mismos.

- f) Modelo de auto-control: Las personas con depresión poseerían déficits en su autoevaluación, auto reforzamiento y auto monitorización. Se concentran en las consecuencias a corto plazo de su conducta, atribuyen sus éxitos al entorno y las fallas a ellos mismos.
- g) Modelo social de Brown y Harris: sustenta que cuando un evento vital mayor (entre los cuales Holmes y Rahe ubicaban la merma de un ser amado o de la libertad) ocurre, las personas que escasean de una relación íntima de apoyo o de una red de soporte social, tienen mayor propensión a desarrollar la depresión.

2.4.2.2 Criterios para el diagnóstico de la depresión

Los criterios para uso específico en niños y adolescentes, iniciando desde el D.S.M.V y Federación Mundial de la Salud Mental (2010) son los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido mayor parte del día, casi en su totalidad según lo revela el sujeto.
- Anhedonia: Se define como el rendimiento o el goce disminuido en su totalidad o casi todas las actividades, la mayoría del tiempo se manifiesta por la deserción de actividades usuales, como por ejemplo 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 Psicósomático: 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 culpabilidad excesiva o inapropiada casi a diario (no siendo de manera sencilla auto-reproches o culpa por alguna patología o estar enfermo).

- Disminución para concentrarse o pensar, estando en una constante indecisión, casi a diario.
- Pensamientos periódicos de muerte (que no sólo es el temer a la muerte), ideas suicida muy frecuentes sin tener una planificación específica o una tentativa de cometido.
- Una pérdida de la capacidad disfrutar e interesarse por las actividades y materiales.
- 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.

2.4.2.3 Tipos de depresión

Según la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10, 2005). La se clasificación es del siguiente modo:

2.4.2.3.1 Episodio depresivo

Los episodios depresivos, independientemente de su gravedad, se caracterizan por un decaimiento del ánimo, reducción notable 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 podrían llegar a existir conductas de riesgo ya sea de forma auto agresivas (no llegando al suicidio), al mismo tiempo, mezquino rendimiento escolar y aislamiento social, irritabilidad, también puede incluir consumo de sustancias y conductas antisociales, las cuales no llegan completamente a cumplir con criterios para diagnosticar un trastorno de personalidad. El diagnóstico es clínico y debe realizarse en una entrevista que utilice los criterios diagnósticos del CIE 10 para Episodio depresivo.

- **Episodio depresivo leve**
El sujeto que tiene un episodio leve posiblemente podría estar apto para continuar con normalidad la mayoría de sus diligencias. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del que se clasifican en el criterio B para el diagnóstico de episodio depresivo leve juntamente a los síntomas del criterio C (CIE 10), para lograr una sumatoria total por lo menos cuatro síntomas; el cual tiene que tener en lo posible dos semanas de duración. Esto no debe de incluir síntomas hipomaníacos o maníacos los cuales son suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco, en ningún período de la vida de la persona.
- **Episodio depresivo moderado**
En esta etapa la persona probablemente ya inicie a tener mayores dificultades para realizar sus actividades ordinarias. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C (CIE 10), lo cual al lograr una sumatoria total de al menos seis síntomas se da el diagnóstico.
- **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**
Los individuos diagnosticados en esta categoría suelen mostrar síntomas marcados y angustiantes, entre ellos están principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. En esta etapa ya son casi frecuentes las ideas y acciones suicidas los cuales también incluyen algunos síntomas somáticos. Para el diagnóstico de depresión grave sin síntomas psicóticos se deben de cumplir los criterios generales del episodio depresivo así como también cumplir síntomas de los criterios B y C individualmente y tener ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
Aparecen síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave, se denomina episodio depresivo grave con síntomas psicóticos a los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o delirio. Para el diagnóstico de depresión grave deben estar presentes los síntomas del criterio B, síntomas del criterio C en su totalidad y síntomas del criterio D (CIE 10).

2.4.2.4 Causas de la depresión

En las teorías existentes se explican una diversidad de orígenes de la depresión los cuales tratan de explicar la raíz de esta siendo las más

- Conductual: el cual mediante la deserción de refuerzos se dan la insuficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos los cuales ocurren en la vida del infante y adolescente.
- Cognitivo: la presencia de discreciones negativas dan paso a la experimentación del fracaso, indefensión aprendida, abandono de control y conceptos de capacidades negativas.
- Psicodinámico: en proporción del quebranto del autoestima, y así también la pérdida del objeto de vida.
- 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).

Actualmente se admite un conjunto de interacciones de una variedad de factores ya sean de carácter biológico o de carácter social los cuales valen de base para la aparición de las distintas conductas anormales y patológicas. Así, cierta fragilidad de forma personal, familiar y ambiental que al combinarse dan lugar que aparezca una conducta desajustada, en el caso de la Depresión Pueril los elementos que suponen una vulnerabilidad llegan a ser de naturaleza biológica, personal, social y demográfica (Del Barrio, Citado por Navarro, 2004).

2.4.2.5 Epidemiología de la depresión en adolescentes.

En un informe realizado por El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF, 2011) 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.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2016) menciona que a pesar de los considerables avances en la elaboración de intervenciones eficaces, la mayoría de las necesidades para una buena salud mental no está siendo satisfecha 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.

2.4.2.6 Factores causantes de depresión en el embarazo.

Los elementos que son ocasionales de la depresión en el embarazo llegan a ser diversos, y entre los cuales se logaran incluir los cambios hormonales, los antecedentes personales o familiares de depresión, así también los problemas de pareja, las complicaciones del embarazo y las situaciones estresantes, citado por (Gómez & Aldana, 2007).

Ahora bien, Maldonado, Saucedo y Lartigue (2008) nos mencionan que 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.

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 disminuidos a diferencia del 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).

2.4.2.7 Factores de riesgo de depresión durante el embarazo

Los componentes riesgosos que se asocian al desarrollo de los episodios depresivos en el embarazo descritos por (Huachupoma & Yanac, 2011) son:

- Ansiedad materna: alta asociación.
- Acontecimientos vitales estresantes: alta asociación.
- Referencias propias de depresión. Alta asociación.
- Apoyo Social disminuido o nulo, específicamente del cónyuge. Asociación media.
- Violencia doméstica. Media a pequeña asociación.
- Embarazo no deseado: baja asociación.
- Relación de pareja: asociación media incluyendo el no vivir con la pareja, también clima de la relación, la calidad de la relación las cuales se relacionan con el desarrollo de depresión en el embarazo.
- Sociodemografía: se hallaron asociaciones considerables en la atención de salud que reciben. El nivel socioeconómico, escasos ingresos y nivel bajo de estudios.

Gómez y Aldana (2007) menciona que la depresión prenatal, se describe como un factor de riesgo importante para poder dar paso a la depresión posparto y así también en muchos casos detectados en el puerperio, es decir estos síntomas iniciaron de manera relevante en la gestación. Así mismo se evidencia la asociación entre depresión en el embarazo y en las hijas(os) adolescentes de estas mujeres, así como problemas de conducta en sus menores.

2.4.2.8 Riesgos de no tratar la depresión durante el embarazo

El inadecuado manejo de la depresión, puede llegar a crear un estrés físico, social y económico para la embarazada, la familia y el sistema de salud. Por ende la depresión en la embarazada se llega a traducir en cambios conductuales como el descuido de los controles prenatales, la disminución del autocuidado que es necesaria en la etapa gestacional, así como la negativa a seguir las indicaciones médicas y el abuso de sustancias tales como el tabaco, el alcohol y las drogas, siendo esto un riesgo perjudicial para el feto pudiendo llegar a un desenlace obstétrico (Corona et al., 2014).

2.4.3 Adolescencia

En nuestra sociedad con mucha modernización, la población adolescente alcanzó una cifra distinguida: siendo esta casi la cuarta parte de la población mundial; y aunque a pesar de la existencia de grandes discrepancias entre los adolescentes de distintas localidades del mundo, por las influencias culturales y socioeconómicas a las que estén expuestos logran generalizar algunas características en esta etapa. Sus procesamientos psicológicos y los patrones de identificación son desarrollados a partir de su infancia que da paso a la formación adolescente y adulta posteriormente y dentro de ellos se realiza una metamorfosis que va del estado de dependencia social y económica total hacia un estado de relativa independencia (Organización Mundial de la Salud [OMS] , 2014)

Castro (2001) menciona que 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. De tal manera al ser un período crítico del desarrollo, este provechoso en estadios de cambios y transformaciones, lo cual motiva el interés de distintos sectores de la sociedad los que comprenden el tema de que la generación de adolescentes de hoy simboliza el adulto del mañana y por ende un futuro.

La adolescencia es un período vital en el cual se originan 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).

Núñez de Villavicencio et al. (2001) acuñan el término *adolescencia*, mencionando que viene del vocablo latino *adolescere*, el cual da por significado *padecer*; por muchísimo período la adolescencia se consideró como solo un tiempo transitorio entre la infancia y la adultez, caso contrario a la actualidad donde existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del transcurso de desarrollo del ser humano, y que es plenamente exclusivo de ser humano.

La adolescencia es un período entre la niñez y la adultez, que cronológicamente empieza por cambios en la pubertad, además tiene como principal característica grandes cambios tanto en el área biológica, psicológica y social, que muchas veces son causa de dificultades, problemas y contradicciones que sustancialmente son positivos. Esta etapa no es solo de adaptación a los cambios corporales, sino también aquí se da la determinación para crear una mayor autonomía psicológica y social (Pineda Perez & Miriam, 1999).

Toledo (2004) menciona que 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.

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 (UNICEF, 2016).

2.4.3.1 Desarrollo psicosocial en la adolescencia

La adolescencia viene a ser una época de oportunidades y riesgos, puesto que los adolescentes están en el comienzo del amor, del trabajo de su vida, así como de su participación en la sociedad de los adultos. No obstante esta etapa sigue siendo un periodo en que los adolescentes se involucran en comportamientos que les cierran las opciones y restringen sus posibilidades (Núñez de Villavicencio et al., 2001).

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).

2.5 Marco conceptual.

2.5.1 Inteligencia emocional.

Se define como la capacidad para examinar y manejar los sentimientos propios y entender los de los demás, así como motivarnos y monitorear nuestras relaciones y como la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propias y de los

demás, lograrlos discriminar y utilizar esta información para regular nuestro pensamiento (Goleman, 1995).

2.5.2 Depresión.

La depresión viene a ser un trastorno mental frecuente, el cual está caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Beck, Steer, & Brown, 2006).

2.5.3 Adolescencia.

La adolescencia acontece en el segundo decenio de la vida, siendo esta desde los diez hasta los diecinueve años, y este periodo es definido como una estación en que el individuo avanza desde la aparición inicialmente de características sexuales, llegando hasta la madurez sexual (OMS, citado en UNICEF, 2016)

2.5.4 Embarazo adolescente:

El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Algunas personas denominan el embarazo adolescente como la "sustitución de amor por sexo" (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

CAPÍTULO III

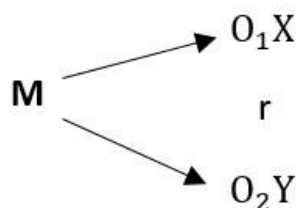
METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño

El presente estudio corresponde al tipo de investigación descriptivo correlacional, describiendo la recolección de datos de un grupo para determinar la relación entre los conjuntos de datos en las variables de inteligencia emocional y depresión. Por consiguiente en este estudio se obtuvo datos de adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, 2017 (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010).

Según Hernandez et al. (2010) y Valderrama (2002) el diseño de investigación es no experimental y de corte transeccional o transversal; debido a que no existe manipulación activa de alguna variable, y se recolectan los datos en un solo momento y en un tiempo único; además se busca establecer la relación de variables medidas en un muestra de acuerdo a los datos investigados mediante índices estadísticos, y la evaluación de cada uno de los casos

Charaja (2004) plantea el siguiente bosquejo para los trabajos descriptivos correlacionales:



Donde:

M = Muestra de adolescentes embarazadas.

X = Inteligencia Emocional

Y = Depresión

r = Correlación entre las dos variables de estudio

O1 = Evaluación de la Inteligencia Emocional

O2 = Evaluación de depresión

3.2 Población

El estudio se realizó en el servicio de obstetricia del hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, correspondiente a la Redess Azángaro.

La población estuvo conformada por un total de 45 adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa en el servicio de obstetricia de este hospital demandando atención en los meses de marzo - abril.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes en estado de gestación atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo en Azángaro.
- Adolescentes en estado de gestación mayores de 11 años o menores de 19 años.
- Adolescentes gestantes que deseen participar voluntariamente en la presente investigación previo consentimiento informado.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes en estado de gestación mayores de 19 años o menores de 11 años.
- Adolescentes en estado de gestación que no son atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis General

Ho = Existe relación directa y significativa entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Cornejo Azángaro, 2017.

Ha = No existe relación directa y significativa entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Cornejo Azángaro, 2017.

3.3.2 Hipótesis Específicas

- a) Existe relación directa y significativa entre el componente intrapersonal y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Cornejo Azángaro, 2017.
- b) Existe relación directa y significativa entre el componente interpersonal y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Cornejo Azángaro, 2017.
- c) Existe relación directa y significativa entre el componente adaptabilidad y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Cornejo Azángaro, 2017.

- d) Existe relación directa y significativa entre el componente manejo de estrés y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Cornejo Azángaro, 2017.
- e) Existe relación directa y significativa entre el componente estado de ánimo y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Cornejo Azángaro, 2017.

3.4 Instrumentos.

3.4.1 Inventario de Inteligencia Emocional Ice de Baron Abreviado para niños y adolescentes

Este cuestionario evalúa las habilidades emocionales y sociales que constituyen las características centrales de la inteligencia emocional en niños y adolescentes, fue creado por Reuven Bar-On en Toronto – Canadá, y posteriormente adaptado en el Perú por Nelly Uguriza Chavéz y Liz Pajares. Su administración puede ser individual o colectiva, no tiene límite de tiempo (10-15 minutos) y su uso se da en el ámbito educacional, clínico jurídico, médico y en la investigación.

La prueba está diseñada al estilo Likert. Contiene 30 ítems distribuido en 5 escalas: Interpersonal, intrapersonal, adaptabilidad, manejo de estrés, estado de ánimo; cuya opción de respuesta es: muy rara vez, rara vez, a menudo, muy a menudo; tiene una muestra normativa amplia (N=3.374), de alta confiabilidad y validez. Uguriza y Pajares (2003) estudiaron la confiabilidad en una muestra limeña, haciendo uso del método de la consistencia interna, donde hallaron que los coeficientes de confiabilidad fueron bastante satisfactorios a través de los diferentes grupos normativos en función al sexo, a la edad y gestión del centro escolar (estatal - particular), pese a que algunas escalas contienen poco número de ítems. Así mismo, emplearon el estadístico media de las correlaciones inter-ítems, encontrando que las medias de las correlaciones ofrecían un patrón similar a través de los diversos grupos normativos, brindando un soporte adicional para la consistencia interna de las escalas del inventario, mejorando con el incremento de la edad. Validez: Para la muestra normativa peruana, en el Manual de la Adaptación y Estandarización a una muestra limeña se señala que la validación del test se ha

centrado en dos asuntos principales: la validez de constructo del inventario, y la multidimensionalidad de las diversas escalas; 78 sosteniéndose que este inventario tiene suficiente validez de constructo que garantiza su publicación y recomendación para uso clínico.

3.4.1.1 Validez y confiabilidad.

Para ajustar la validez del instrumento a la realidad de nuestra población, se aplicó el cuestionario a una muestra de veinte adolescentes gestantes de la RED San Román, las cuales fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia (Validez por constructo), donde se logra observar los valores resultados de la correlación subtest-test, para la variable inteligencia emocional total y la dimensión intrapersonal se halló un valor $r=48$ lo cual significa una correlación moderada, en relación a la variable inteligencia emocional total y dimensión interpersonal se halló un valor $r= 54$ lo cual significa una correlación moderada, en relación a la variable inteligencia emocional total y la dimensión adaptabilidad se halló un valor $r= 63$ lo cual significa una correlación moderada, en la relación a la variable inteligencia emocional total y la dimensión manejo de estrés se halló un valor $r= 57$ lo cual significa una correlación moderada y en la relación a la variable de inteligencia emocional y la dimensión impresión positiva se halló un valor $r=72$ lo cual significa una correlación alta, entonces se concluye que el instrumento evidencia validez de constructo, pues los coeficientes de correlación superan el 0.4.

Así mismo los valores obtenidos mediante el coeficiente de consistencia interna alpha de crombach, para la escala total se obtuvo un valor de 743 lo cual indica una confiabilidad alta, de igual forma para la dimensión Intrapersonal se obtuvo un valor de 655 lo cual indica una confiabilidad moderada, así mismo para la dimensión Interpersonal se obtuvo un valor de 705 lo cual indica una confiabilidad alta, para la dimensión Adaptabilidad se obtuvo un valor de 708 lo cual indica una confiabilidad alta. Así como también para la dimensión Manejo de estrés se obtuvo el valor de 731 lo cual indica una confiabilidad alta al igual que la dimensión Impresión positiva donde se obtuvo el valor de 839 indicando así una confiabilidad alta.

3.4.2 Inventario de Depresión de Beck

Esta escala proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la 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; 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. La prueba está diseñada al estilo Likert, 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.

La versión original de la prueba tiene una consistencia interna evaluada con el alfa de Cronbach de 0.93 en una muestra de estudiantes universitarios de los Estados Unidos y 0.92 en pacientes psiquiátricos del mismo país. Además tiene cociente de estabilidad por medio del método test-retest de 0.93 en EE.UU. ($p < 0,001$) (Beck, 2006). La versión adaptada en Argentina de la prueba tiene una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.88 para pacientes y 0.86 para el grupo de comparación en no-pacientes. Esta versión también posee estabilidad de tipo test-retest, siendo una correlación positiva y significativa ($R = 0.90$, $p < 0.001$). Así mismo posee una validez de tipo factorial, que demuestra una matriz de correlaciones adecuada (Test de Esfericidad de Bartlett = 1850,68 $p < 0.001$) (Beck, 2006).

En el Perú, este inventario no ha sido adaptado; sin embargo, ha sido usado en distintas investigaciones. La confiabilidad ha sido estudiada en diversos trabajos que han utilizado esta prueba. En una de ellas realizada con 50 pacientes con VIH obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.94 (Alcantara, 2008). Otra investigación realizada con 188 adolescentes de universidades privadas de

Lima obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.91 (Rodríguez, 2008). Los análisis de validez factorial en el Perú no han dado resultados definitivos.

3.4.2.1 Validez y confiabilidad.

Para concertar la validez del instrumento a la realidad de nuestra población, se aplicó el cuestionario a una muestra de veinte adolescentes gestantes de la RED San Román, las cuales fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia (Validez por constructo), donde se observa los valores resultados de la correlación subtest-test, para la variable depresión total y la dimensión afectiva se halló un valor $r=86$ lo cual significa una correlación alta, en relación a depresión total y la dimensión motivación se halló un valor $r=83$ lo cual significa una correlación alta, en relación a depresión total y la dimensión cognitiva se halló un valor $r=91$ lo cual significa una correlación alta, en relación a depresión total y la dimensión conductual se halló un valor $r=62$ lo cual significa una correlación moderada, en relación a depresión total y la dimensión físico se halló un valor $r=23$ lo cual significa una correlación baja, entonces se concluye que el instrumento evidencia validez de constructo, pues los coeficientes de correlación superan el 0.4. A excepción de la dimensión Físico.

Así mismo los valores obtenidos mediante el coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach, para la escala total se obtuvo un valor de 845 lo cual indica una confiabilidad alta, de igual forma para la dimensión afectiva se obtuvo un valor de 927 lo cual indica una confiabilidad alta, así mismo para la dimensión motivación se obtuvo un valor de 901 lo cual indica una confiabilidad alta, para la dimensión cognitiva se obtuvo un valor de 955 lo cual indica una confiabilidad alta, así mismo para la dimensión conductual se obtuvo un valor de 766 lo cual indica una confiabilidad alta, así mismo para la dimensión físico se obtuvo un valor de 379 lo cual indica una confiabilidad baja.

3.5 Operacionalización de la Variable

Tabla 1

Operacionalización de la variable A, Inventario de Inteligencia Emocional Ice de Baron Abreviado para niños y adolescentes.

| Variable | Dimensiones | Indicadores | Operación instrumental/ Items | Definición operacional/ Valoración | Baremos por dimensión | Baremo general | |
|--|---|--|-------------------------------|------------------------------------|---|---|--|
| Primera Variable inteligencia emocional | Intrapersonal | Facilidad de decirle a la gente cómo me siento. | 2, 6, 12, 14, 21, 26. | 1). Muy rara vez (1 punto). | Puntaje < 9: Bajo. Puntaje 10 – 12: Medio. Puntaje 13 >: Alto | Puntaje < 73: Bajo. | |
| | | Facilidad de hablar a la gente sobre mis sentimientos. | | 2). Rara vez (2 puntos) | | | |
| | | Dificultad de hablar sobre mis sentimientos más íntimos. | | 3). A menudo (3 puntos). | | | |
| | | Facilidad para describir mis sentimientos. | | 4). Muy a menudo (4 puntos). | | | |
| | | Facilidad de decirles a las personas cómo me siento. | | | | | |
| | Interpersonal | Dificultad de decirles a los demás mis sentimientos. | | | | | |
| | | Interés por lo que les sucede a las personas. | 1, 4, 18, 23, 28, 30. | 1). Muy rara vez (1 punto). | Puntaje < 6: Bajo. Puntaje 7 – 9: Medio. Puntaje 10 >: Alto | Puntaje 74 – 79: Medio. Puntaje 80 >: Alto | |
| | | Facilidad para respetar a los demás. | | 2). Rara vez (2 puntos) | | | |
| | | Facilidad para hacer cosas para los demás. | | 3). A menudo (3 puntos). | | | |
| | | Facilidad para manifestar malestar cuando las personas son heridas en sus sentimientos | | 4). Muy a menudo (4 puntos). | | | |
| | Facilidad para darme cuenta cuando mi amigo se siente triste. | | | | | | |
| | Adaptabilidad | Facilidad para saber cuándo la gente está molesta aun cuando no diga nada. | | | | | |
| Dificultad para controlar mi enojo ante cualquier situación. | | 5, 8, 9, 17, 27, 29. | 1). Muy rara vez (4 punto). | Puntaje < 12: Bajo. | | | |
| | | Facilidad para pelear con la gente. | | | | | |

| | | | | |
|------------------|---|-------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | Facilidad para manifestar mal genio. | | 2). Rara vez (3 puntos) | Puntaje 13 – 14: Medio. |
| | Facilidad para molestarse. | | 3). A menudo (2 puntos). | |
| | Facilidad para disgustarse. | | 4). Muy a menudo (1 punto). | Puntaje 15 >: Alto |
| | Dificultad para pensar adecuadamente cuando me molesto. | | | |
| | Facilidad para comprender preguntas difíciles. | | | |
| | Facilidad para dar buenas respuestas a preguntas difíciles. | | 1). Muy rara vez (1 punto). | Puntaje < 17: Bajo. |
| | Facilidad para responder de diferentes maneras preguntas difíciles, cuando yo quiero. | | 2). Rara vez (2 puntos) | |
| Manejo de Estrés | Facilidad para responder de diferentes modos los problemas. | 10, 13, 16, 19, 22, 24. | 3). A menudo (3 puntos). | Puntaje 18 – 22: Medio. |
| | Facilidad para buscar muchas soluciones cuando respondo preguntas difíciles. | | 4). Muy a menudo (4 puntos). | Puntaje 23 >: Alto |
| | Facilidad para resolver problemas. | | | |
| | Facilidad para aceptar a todas las personas que conozco. | | 1). Muy rara vez (1 punto). | Puntaje <19: Bajo. |
| | Facilidad para expresar un pensamiento positivo acerca de todas las personas. | | 2). Rara vez (2 puntos) | Puntaje 20 – 24: Medio. |
| Estado de Ánimo | Dificultad para molestarse. | 3, 7, 11, 15, 20, 25. | 3). A menudo (3 puntos). | |
| | Conciencia del deber de decir siempre la verdad. | | 4). Muy a menudo (4 puntos). | Puntaje 25 >: Alto |
| | Conciencia de que soy el (la) mejor en todo lo que hago. | | | |
| | Actitud positiva ante los días malos. | | | |

Tabla 2

Operacionalización de la variable B, Inventario de Depresión de Beck

| Variables | Dimensiones | Indicadores | Operación instrumental/ Ítems | Puntuación |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|
| Segunda variable depresión | Área afectiva | Tristeza | 1 | No depresión: 0-9 Depresión leve: 10-18 Depresión moderada: 19-29 Depresión grave: 30 a mas |
| | | Sentimiento de culpa | 5 | |
| | | Predisposición para el llanto | 10 | |
| | Área motivacional | Irritabilidad | 11 | |
| | | Insatisfacción | 4 | |
| | | Ideas suicidas | 9 | |
| | Área cognitiva | Pesimismo frente al futuro | 2 | |
| | | Sensación de fracaso | 3 | |
| | | Expectativa de castigo | 6 | |
| | | Autodisgusto | 7 | |
| | | Indecisión | 13 | |
| | | Autoimagen deformada | 14 | |
| | | Preocupación somática | 20 | |
| | Área conductual | Autoacusaciones | 8 | |
| | | Alejamiento social | 12 | |
| | | Retardo para trabajar | 15 | |
| | Área física | Fatigabilidad | 17 | |
| | | Pérdida de sueño | 16 | |
| | | Pérdida de apetito | 18 | |
| | | Pérdida de peso | 19 | |
| | | | Perdida de deseo sexual | |

3.6 Recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó contacto con el Hospital Carlos Cornejo Resello de Azángaro, con los servicios de psicología y obstetricia, realizándose posteriormente a ello la aplicación de las herramientas de evaluación a las adolescentes gestantes de dicho nosocomio. Se les dio explicación en cuanto a la consistencia de cada uno de los instrumentos, así mismo se dio un énfasis sobre la importancia de que se responda cada una de las interrogantes de forma sincera; realizando así las evaluaciones personalizadas para un mayor entendimiento de las evaluaciones.

3.7 Análisis de datos

Una vez se recogidos los todas las evaluaciones, los datos fueron digitados y procesados al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 para Windows ,Para su posterior análisis de los datos, se obtuvieron las frecuencias, porcentajes, medias y desvíos típicos de la escala en general y de las sub escalas en particular. Para la prueba de correlación se hizo uso de la r de Pearson.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Posterior a la recolección de datos, se procedió a la calificación y tabulación de los instrumentos Inventario de Inteligencia emocional Ice de Barón (niños y adolescentes) – forma Abreviada y Escala de Depresión de Beck, de los cuales se obtuvo los siguientes resultados.

4.1. En relación a la hipótesis general

Se puede apreciar con respecto a los niveles de inteligencia emocional en la tabla 3 se observa que el 56,6% de las adolescentes embarazadas encuestadas presentan un nivel de inteligencia emocional bajo, el 22,2% presenta inteligencia emocional media y el 22,2% un nivel alto de inteligencia emocional. Indicando así que el grupo se compone de un nivel alto de personas que no tienen estrategias adecuadas de manejo de su inteligencia emocional.

Tabla 3

Nivel de inteligencia emocional en adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello - Azángaro, 2017

| Niveles | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Bajo | 25 | 55,6 | 55,6 | 55,6 |
| Medio | 10 | 22,2 | 22,2 | 77,8 |
| Alto | 10 | 22,2 | 22,2 | 100,0 |
| Total | 45 | 100,0 | 100,0 | |

La tabla 4 muestra las categorías de depresión en las que se encuentran las adolescentes embarazadas encuestadas, en la cual se puede apreciar que el 40,0% de adolescentes presentan depresión leve, el 28,9 presentan depresión moderada, el 22,2% presentan depresión grave y el 8,9% de adolescentes embarazadas encuestadas no presentan depresión.

Tabla 4

Niveles de depresión en adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello – Azángaro, 2017

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No depresión | 4 | 8,9 | 8,9 | 8,9 |
| Depresión leve | 18 | 40,0 | 40,0 | 48,9 |
| Depresión moderada | 13 | 28,9 | 28,9 | 77,8 |
| Depresión grave | 10 | 22,2 | 22,2 | 100,0 |
| Total | 45 | 100,0 | 100,0 | |

4.1.1.1 Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

4.1.1.2 Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable x = Inteligencia Emocional

Variable y = Depresión

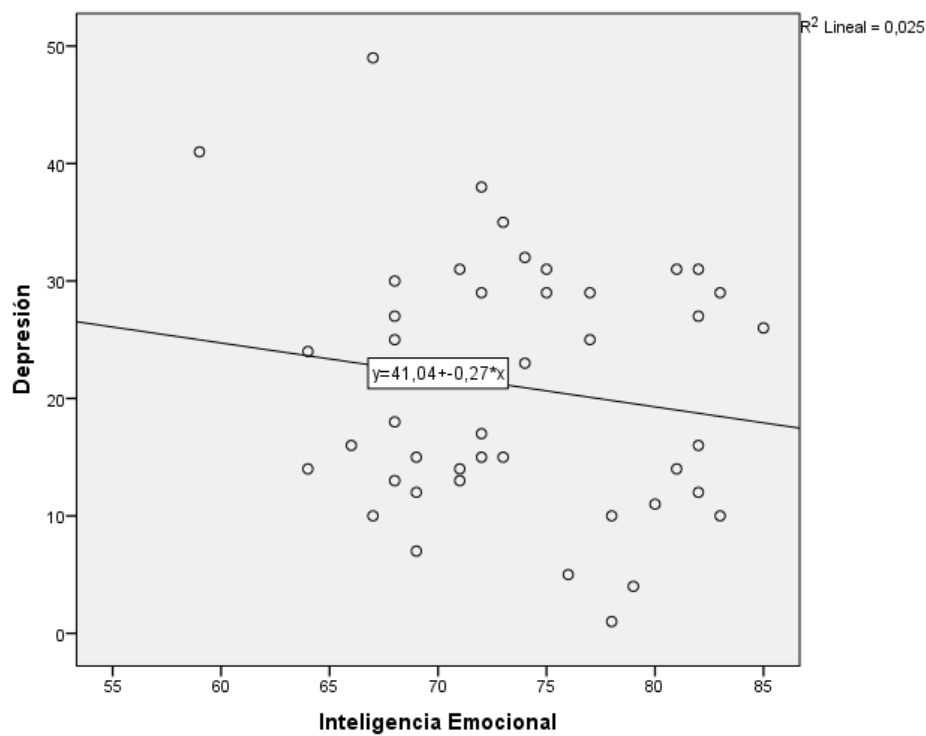


Figura 1. Dispersión de las variables Inteligencia Emocional y Depresión. (Fuente: Elaboración propia)

La figura 1 evidencia una distribución indirecta en la cual se aprecia poca dispersión entre los puntos, permitiéndonos afirmar que existe correlación baja entre inteligencia emocional y depresión.

4.1.1.3 Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 5

Análisis de correlación entre Inteligencia Emocional y Depresión.

| | | Inteligencia emocional | Depresión |
|------------------------|------------------------|------------------------|-----------|
| Inteligencia emocional | Correlación de Pearson | 1 | -.159 |
| | Sig. (bilateral) | | .298 |
| | N | 45 | 45 |
| Depresión | Correlación de Pearson | -.159 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .298 | |
| | N | 45 | 45 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 6

Resumen de modelo de correlación y determinación de Pearson entre Inteligencia Emocional y Depresión.

| R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| .159 ^a | .025 | .003 | 10.534 |

VARIABLES predictoras: (Constante), Inteligencia Emocional

El análisis de correlación se aprecia un coeficiente de correlación $r = -.159$ el cual determina la existencia de una relación muy baja y poco significativa entre Inteligencia Emocional y Depresión que presentan las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello – Azángaro.

4.1.1.4 Planteamiento de hipótesis

Ho: $b = 0$ Existe relación directa y significativa entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Cornejo Azángaro, 2017.

Ha: b= 0 No existe relación directa y significativa entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Cornejo Azángaro, 2017.

4.1.1.5 Regla de Decisión

Rechazar H_0 si sig. $< \alpha$

Aceptar H_a si sig. $> \alpha$

4.1.1.6 Estadístico de prueba

Tabla 7

Análisis de ANOVA entre Inteligencia Emocional y Depresión.

| | Suma de cuadrados | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-----------|----------------------|----|---------------------|-------|-------------------|
| Regresión | 123.274 | 1 | 123.274 | 1.111 | .298 ^b |
| Residual | 4771.526 | 43 | 110.966 | | |
| Total | 4894.800 | 44 | | | |

a. Variable dependiente: Depresión

b. Variables predictoras: (Constante), Inteligencia Emocional

El análisis de ANOVA muestra que entre las variables no existe relación directamente sig.= 0.298 $< \alpha = 0.05$ se rechaza la H_0 , a favor de la H_a ; declarando que no existe relación directa y significativa entre la inteligencia emocional y la depresión.

4.1.1.7 Regla de decisión

Como el valor de sig.= 0.298 $< \alpha = 0.05$ se rechaza la H_0 , a favor de la H_a ; declarando que no se relacionan directamente y significativamente entre la inteligencia emocional y la depresión. En adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, 2017.

4.1.1.8 Decisión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe baja correlación y poco significativa entre la inteligencia emocional y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional no tiene relación directa con lo que es la Depresión en las adolescentes en estado de gestación.

4.1.2 En relación a la primera hipótesis específica

Con respecto a los niveles de depresión La tabla 4 muestra las categorías de depresión en las que se encuentran las adolescentes embarazadas encuestadas, en la cual se puede apreciar que el 40,0% de adolescentes presentan depresión leve, el 28,9 presentan depresión moderada, el 22,2% presentan depresión grave y el 8,9% de adolescentes embarazadas encuestadas no presentan depresión.

La tabla 8 muestra la inteligencia emocional en relación existente al componente intrapersonal que presentan las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, por consiguiente se puede apreciar que el 15.6% de las adolescentes presentan un nivel bajo, seguido del 35.6% con un nivel medio y un 48.9% en un nivel alto; todos ellos en relación al componente intrapersonal.

Tabla 8

Dimensión Inteligencia Emocional Intrapersonal en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Bajo | 7 | 15,6 | 15,6 | 15,6 |
| Medio | 16 | 35,6 | 35,6 | 51,1 |
| Alto | 22 | 48,9 | 48,9 | 100,0 |
| Total | 45 | 100,0 | 100,0 | |

4.1.2.1 Planteamiento del modelo

$$Y = f(x)$$

4.1.2.2 Comportamiento de las variables según el grafico de dispersión

Variable X = Inteligencia Emocional

Variable Y = Depresión

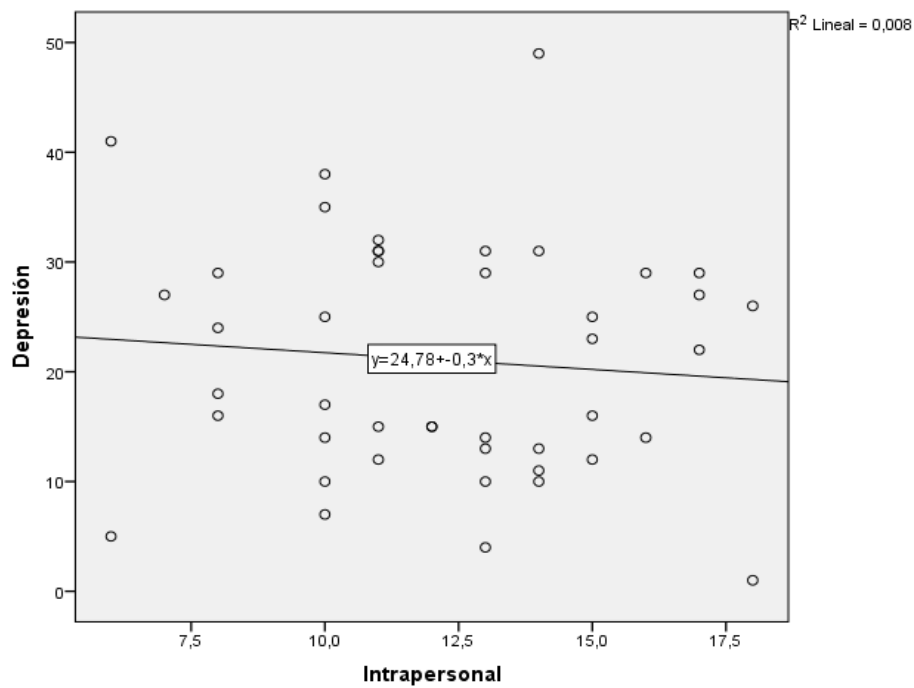


Figura 2. Dispersión de las variables depresión y componente intrapersonal

La figura 2 evidencia una distribución indirecta, no existiendo dispersión adecuada entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación muy baja entre depresión y el componente intrapersonal.

4.1.2.3 Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 9

Análisis de correlación entre depresión y el componente intrapersonal.

| | | Intrapersonal | Depresión |
|---------------|------------------------|---------------|-----------|
| Intrapersonal | Correlación de Pearson | 1 | -.091 |
| | Sig. (bilateral) | | .553 |
| | N | 45 | 45 |
| Depresión | Correlación de Pearson | -.091 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .553 | |
| | N | 45 | 45 |

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Tabla 10

Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente intrapersonal.

| R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|-------|------------|----------------------|-----------------------------|
| .091a | .008 | -.015 | 10.625 |

VARIABLES predictoras: (Constante), Intrapersonal

El análisis de correlación determina un coeficiente de correlación $r = -.091$ el que muestra que no existe relación directa y significativa entre depresión y el componente intrapersonal que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Resello de Azángaro, se aprecia, indicando que la variación del componente intrapersonal se explica por la variación de la depresión en un 0.8%, el cual no es significativa como se evidencia en la tabla 10.

4.1.2.4 Planteamiento de hipótesis

Ho: $b = 0$: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 es significativo o relevante para explicar el componente intrapersonal.

Ha: $b = 0$: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 no es significativo o relevante para explicar el componente intrapersonal

4.1.2.5 Regla de decisión

Rechazar H_0 si $\text{sig.} < \alpha$

Aceptar H_a si $\text{sig.} > \alpha$

4.1.2.6 Estadístico de prueba

Tabla 11

Análisis de ANOVA entre depresión y el componente intrapersonal

| Modelo | Suma de cuadrados | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-----------|-------------------|----|------------------|------|-------------------|
| Regresión | 40.402 | 1 | 40.402 | .358 | .553 ^b |
| Residual | 4854.398 | 43 | 112.893 | | |
| Total | 4894.800 | 44 | | | |

a. Variable dependiente: Depresión

b. Variables predictoras: (Constante), Intrapersonal

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.553 < \alpha = 0.05$; estos resultados declara que no existe una relación entre el componente intrapersonal y depresión.

4.1.2.7 Regla de decisión

Como el valor de sig. = 0.553 < α = 0.05. Se rechaza H_0 a favor de la H_a ; declarando que el componente intrapersonal no se relaciona con la depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro

4.1.2.8 Decisión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5% existe correlación muy baja y poco significativa entre el componente intrapersonal y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional en su componente intrapersonal no se relaciona de manera directa con la depresión.

4.1.3 En relación a la segunda hipótesis específica

Con respecto a los niveles de depresión La tabla 4 muestra las categorías de depresión en las que se encuentran las adolescentes embarazadas encuestadas, en la cual se puede apreciar que el 40,0% de adolescentes presentan depresión leve, el 28,9 presentan depresión moderada, el 22,2% presentan depresión grave y el 8,9% de adolescentes embarazadas encuestadas no presentan depresión.

La tabla 12 muestra la inteligencia emocional en relación existente al componente interpersonal que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, por consiguiente se puede apreciar que el 100% de las adolescentes presentan un nivel alto; en relación al componente interpersonal.

Tabla 12

Dimensión Inteligencia Emocional Interpersonal en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Alto | 45 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

4.1.3.1 Planteamiento del modelo

$$Y = f(x)$$

4.1.3.2 Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable X = Componente interpersonal

Variable Y = Depresión

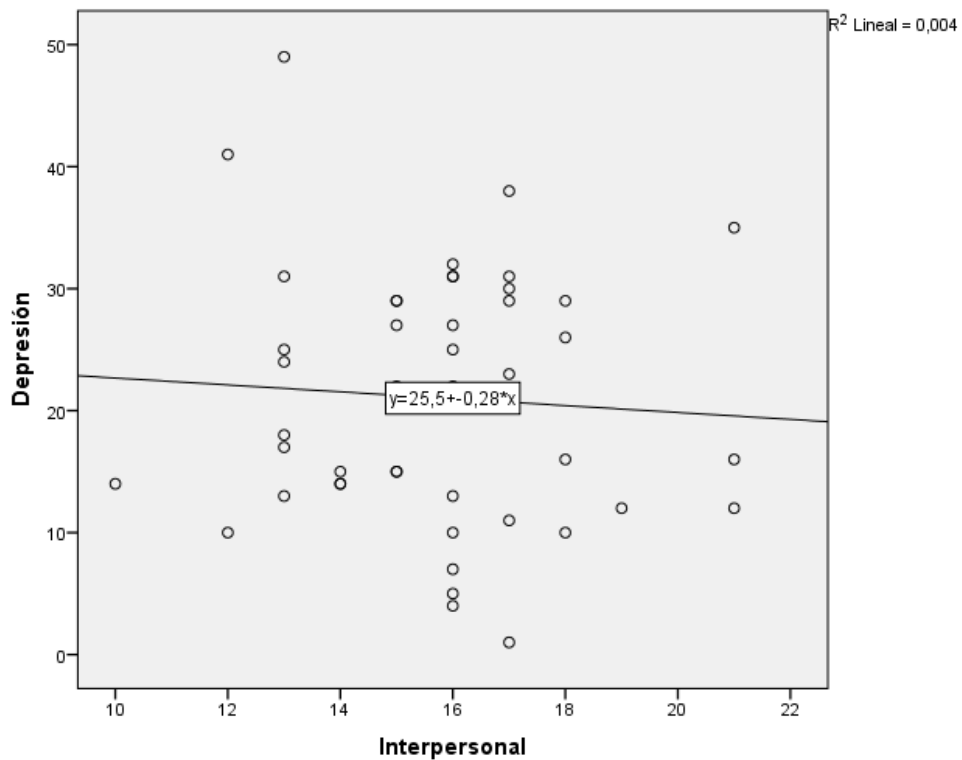


Figura 3 Dispersión de las variables depresión y componente interpersonal

La figura 3 evidencia una distribución indirecta, no existiendo dispersión adecuada entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación muy baja entre depresión y el componente interpersonal.

4.1.3.3 Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 13

Análisis de correlación entre depresión y el componente interpersonal.

| | | Interpersonal | Depresión |
|---------------|------------------------|---------------|-----------|
| Interpersonal | Correlación de Pearson | 1 | -.064 |
| | Sig. (bilateral) | | .676 |
| | N | 45 | 45 |
| Depresión | Correlación de Pearson | -.064 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .676 | |
| | N | 45 | 45 |

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Tabla 14

Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente interpersonal.

| R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| .064 ^a | .004 | -.019 | 10.647 |

a. Variables predictoras: (Constante), Interpersonal

El análisis de correlación determina que no existe relación directa y significativa entre el componente intrapersonal y la depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, se aprecia un coeficiente de correlación $r = -.064$, indicando que la variación del componente intrapersonal se explica por la variación de la depresión en un 0.4%, el cual no es significativa como se evidencia en la tabla 14.

4.1.3.4 Planteamiento de hipótesis

Ho: $b = 0$: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 es significativo o relevante para explicar el componente interpersonal.

Ha: b = 0: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 no es significativo o relevante para explicar el componente interpersonal.

4.1.3.5 Regla de decisión

Rechazar H_0 si sig. $< \alpha$

Aceptar H_0 si sig. $> \alpha$

4.1.3.6 Estadístico de prueba

Tabla 15

Análisis de ANOVA entre depresión y el componente interpersonal

| | Suma de cuadrados | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-----------|-------------------|----|------------------|------|-------------------|
| Regresión | 20.070 | 1 | 20.070 | .177 | .676 ^b |
| Residual | 4874.730 | 43 | 113.366 | | |
| Total | 4894.800 | 44 | | | |

a. Variable dependiente: Depresión

b. Variables predictoras: (Constante), Interpersonal

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente sig. = 0.676 $< \alpha = 0.05$; estos resultados declara que no existe una relación entre el componente interpersonal y depresión.

4.1.3.7 Regla de decisión

Como el valor de sig. = 0.676 $< \alpha = 0.05$. Se rechaza H_0 a favor de la H_a ; declarando que el componente interpersonal no se relaciona de manera significativa con la depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro.

4.1.3.8 Decisión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5% existe correlación muy baja y poco significativa entre el componente interpersonal y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional en su componente interpersonal no tiene relación directa con la depresión.

4.1.4 En relación a la tercera hipótesis específica

Con respecto a los niveles de depresión La tabla 4 muestra las categorías de depresión en las que se encuentran las adolescentes embarazadas encuestadas, en la cual se puede apreciar que el 40,0% de adolescentes presentan depresión leve, el 28,9 presentan depresión moderada, el 22,2% presentan depresión grave y el 8,9% de adolescentes embarazadas encuestadas no presentan depresión.

La tabla 16 muestra la inteligencia emocional en relación existente al componente adaptabilidad que presentan las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, por consiguiente se puede apreciar que el 8.9% de las adolescentes presentan un nivel bajo, seguido del 13.3% con un nivel medio y un 77.8% en un nivel alto; todos ellos en relación al componente adaptabilidad.

Tabla 16

Dimensión Inteligencia Emocional y Adaptabilidad en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Bajo | 4 | 8,9 | 8,9 | 8,9 |
| Medio | 6 | 13,3 | 13,3 | 22,2 |
| Alto | 35 | 77,8 | 77,8 | 100,0 |
| Total | 45 | 100,0 | 100,0 | |

4.1.4.1 Planteamiento del modelo

$$Y = f(x)$$

4.1.4.2 Comportamiento de las variables según el grafico de dispersión

Variable X = Componente adaptabilidad

Variable Y = Depresión

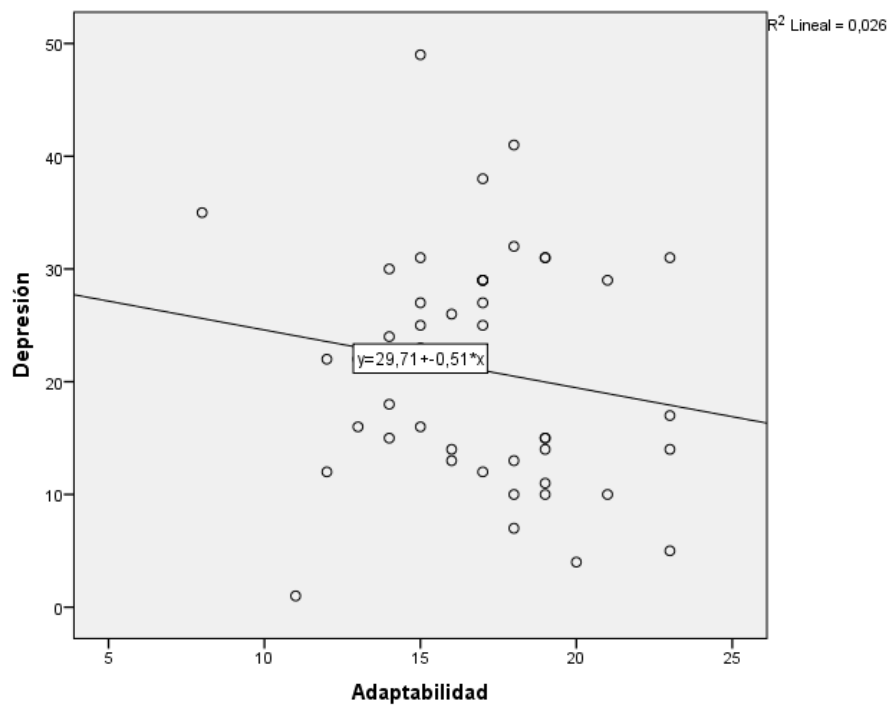


Figura 4. Dispersión de las variables depresión y componente adaptabilidad

La figura 4 evidencia una distribución indirecta, no existiendo dispersión adecuada entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación muy baja entre depresión y el componente adaptabilidad.

4.1.4.3 Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 17

Análisis de correlación entre depresión y el componente adaptabilidad.

| | | Adaptabilidad | Depresión |
|---------------|------------------------|---------------|-----------|
| Adaptabilidad | Correlación de Pearson | 1 | -.160 |
| | Sig. (bilateral) | | .293 |
| | N | 45 | 45 |
| Depresión | Correlación de Pearson | -.160 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .293 | |
| | N | 45 | 45 |

Tabla 18

Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente adaptabilidad.

| R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| .160 ^a | .026 | .003 | 10.531 |

Variables predictoras: (Constante), Adaptabilidad

El análisis de correlación determina que existe una correlación baja y significativa entre el componente adaptabilidad y depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, se aprecia un coeficiente de correlación $r = -.160$, indicando que la variación del componente adaptabilidad se explica por la variación de la depresión en un 0.26%, el cual no es significativa como se evidencia en la tabla 18.

4.1.4.4. Planteamiento de hipótesis

Ho: b = 0: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 es significativo o relevante para explicar el componente adaptabilidad.

Ha: b = 0: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 no es significativo o relevante para explicar el componente adaptabilidad.

4.1.4.5. Regla de decisión

Rechazar Ho si $\text{sig.} < \alpha$

Aceptar Ha si $\text{sig.} > \alpha$

4.1.4.6 Estadístico de prueba

Tabla 19

Análisis de ANOVA entre depresión y el componente adaptabilidad

| Modelo | Suma de cuadrados | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-----------|-------------------|----|------------------|-------|-------------------|
| Regresión | 125.875 | 1 | 125.875 | 1.135 | .293 ^b |
| Residual | 4768.925 | 43 | 110.905 | | |
| Total | 4894.800 | 44 | | | |

a. Variable dependiente: Depresión

b. Variables predictoras: (Constante), Adaptabilidad

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.293 < \alpha = 0.05$; estos resultados declara que no existe una relación entre el componente adaptabilidad y depresión.

4.1.4.7 Regla de decisión

Como el valor de sig. = 0.293 < α = 0.05. Se rechaza H_0 a favor de la H_a ; declarando que el componente adaptabilidad no se relaciona con la depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro

4.1.4.8 Decisión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5% existe una correlación baja directa y poco significativa entre el componente adaptabilidad y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional en su componente adaptabilidad no tiene una relación directa con la depresión.

4.1.5 En relación a la cuarta hipótesis específica

Con respecto a los niveles de depresión La tabla 4 muestra las categorías de depresión en las que se encuentran las adolescentes embarazadas encuestadas, en la cual se puede apreciar que el 40,0% de adolescentes presentan depresión leve, el 28,9 presentan depresión moderada, el 22,2% presentan depresión grave y el 8,9% de adolescentes embarazadas encuestadas no presentan depresión.

La tabla 20 muestra la inteligencia emocional en relación existente al componente manejo de estrés que presentan las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, por consiguiente se puede apreciar que el 84.4% de las adolescentes presentan un nivel bajo, seguido del 15.6% con un nivel medio, en relación al componente manejo de estrés.

Tabla 20

Dimensión Inteligencia Emocional y Manejo de estrés en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017.

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Bajo | 38 | 84,4 | 84,4 | 84,4 |
| Medio | 7 | 15,6 | 15,6 | 100,0 |
| Total | 45 | 100,0 | 100,0 | |

4.1.5.1 Planteamiento del modelo

$$Y = f(x)$$

4.1.5.2 Comportamiento de las variables según el grafico de dispersión

Variable X = Manejo de estrés

Variable Y = Depresión

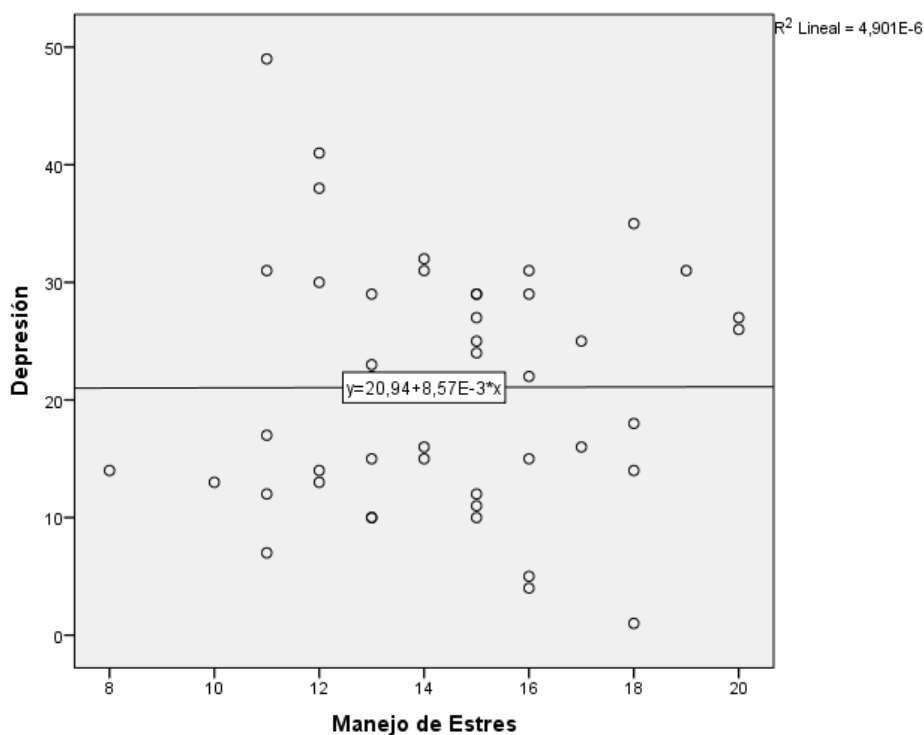


Figura 5. Dispersión de las variables depresión y el componente manejo de estrés

La figura 5 evidencia una distribución indirecta, no existiendo dispersión adecuada entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación muy baja entre depresión y el componente manejo de estrés.

4.1.5.3 Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 21

Análisis de correlación entre depresión y el componente manejo de estrés.

| | | Manejo de estrés | Depresión |
|------------------|------------------------|------------------|-----------|
| Manejo de estrés | Correlación de Pearson | 1 | .002 |
| | Sig. (bilateral) | | .988 |
| | N | 45 | 45 |
| Depresión | Correlación de Pearson | .002 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .988 | |
| | N | 45 | 45 |

Tabla 22

Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente manejo de estrés

| R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| .002 ^a | .000 | -.023 | 10.669 |

a. Variables predictoras: (Constante), Manejo de Estrés

El análisis de correlación determina que no existe relación directa y significativa entre depresión y el componente manejo de estrés que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, se aprecia un coeficiente de correlación $r = .002$, como se observa en la tabla 21, siendo esta relación significativa, indicando que la variación del componente

manejo de estrés se explica por la variación de la depresión en un 0%, el cual es significativa como se evidencia en la tabla 22.

4.1.5.4 Planteamiento de hipótesis

Ho: $b = 0$: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 es significativo o relevante para explicar el componente manejo de estrés

Ha: $b = 0$: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 no es significativo o relevante para explicar el componente manejo de estrés.

4.1.5.5 Regla de decisión

Rechazar H_0 si $\text{sig.} < \alpha$

Aceptar H_a si $\text{sig.} > \alpha$

4.1.5.6 Estadístico de prueba

Tabla 23

Análisis de ANOVA entre depresión y el componente manejo de estrés

| Modelo | Suma de cuadrados | Gl | Media cuadrática | F | Sig. | |
|--------|-------------------|----------|------------------|---------|------|-------------------|
| 1 | Regresión | .024 | 1 | .024 | .000 | .988 ^b |
| | n | | | | | |
| | Residual | 4894.776 | 43 | 113.832 | | |
| | Total | 4894.800 | 44 | | | |

a. Variable dependiente: Depresión

Variables predictoras: (Constante), Manejo de estrés

El análisis de ANOVA muestra que las variables no se relacionan directamente sig. = 0.988 < α = 0.05; estos resultados declara que no existe una relación entre el componente manejo de estrés y depresión

4.1.5.7 Regla de decisión

Como el valor de sig. = 0.988 < α = 0.05. Se rechaza H_0 a favor de la H_a ; declarando que el componente manejo de estrés no se relaciona con la depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro

4.1.5.8 Decisión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5% existe correlación nula y poco significativa entre el componente manejo de estrés y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional en su componente manejo de estrés no se relaciona con la depresión.

4.1.6 En relación a la quinta hipótesis específica

Con respecto a los niveles de depresión La tabla 4 muestra las categorías de depresión en las que se encuentran las adolescentes embarazadas encuestadas, en la cual se puede apreciar que el 40,0% de adolescentes presentan depresión leve, el 28,9 presentan depresión moderada, el 22,2% presentan depresión grave y el 8,9% de adolescentes embarazadas encuestadas no presentan depresión.

La tabla 24 muestra la inteligencia emocional en relación existente al componente estado de ánimo que presentan las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, por consiguiente se puede apreciar que el 100% de las adolescentes presentan un nivel bajo en relación al componente impresión positiva.

Tabla 24

Dimensión Inteligencia Emocional y Estado de Ánimo en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos bajo | 45 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

4.1.6.1. Planteamiento del modelo

$$Y = f(x)$$

4.1.6.2. Comportamiento de las variables según el grafico de dispersión

Variable X = Impresión positiva

Variable Y = Depresión

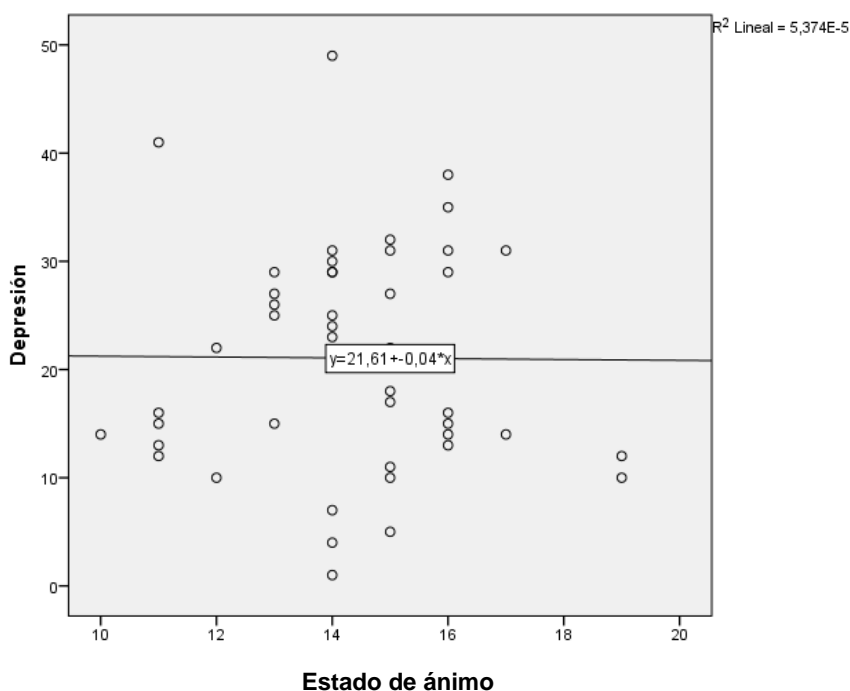


Figura 6. Dispersión de las variables depresión y el componente Estado de ánimo.

La figura 6 evidencia una distribución indirecta, no existiendo dispersión adecuada entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación muy baja entre depresión y el componente estado de ánimo.

4.1.6.3. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 25

Análisis de correlación entre depresión y el componente Estado de ánimo.

| | | Estado de Ánimo | Depresión |
|-----------------|------------------------|-----------------|-----------|
| Estado de Ánimo | Correlación de Pearson | 1 | -.007 |
| | Sig. (bilateral) | | .962 |
| | N | 45 | 45 |
| Depresión L | Correlación de Pearson | -.007 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .962 | |
| | N | 45 | 45 |

Tabla 26

Resumen del modelo de correlación y determinación entre depresión y el componente estado de ánimo.

| R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|--------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| -.007 ^a | .000 | -.023 | 10.669 |

a. Variables predictoras: (Constante), Estado de Ánimo TOTAL

El análisis de correlación determina que no existe relación directa y significativa entre depresión y el componente impresión positiva que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, se aprecia un coeficiente de correlación $r = -.007$ indicando que la variación del componente estado de ánimo se explica por la variación de la depresión en un 0%, el cual no es significativa como se evidencia en la tabla 26.

4.1.6.4. Planteamiento de hipótesis

Ho: b = 0: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 es significativo o relevante para explicar el componente estado de ánimo.

Ha: b = 0: La depresión que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello, Azángaro 2017 no es significativo o relevante para explicar el componente estado de ánimo.

4.1.6.5. Regla de decisión

Rechazar Ho si sig. < α

Aceptar Ha si sig. > α

4.1.6.6. Estadístico de prueba

Tabla 27

Análisis de ANOVA entre depresión y el componente Estado de ánimo.

| Modelo | Suma de cuadrados | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-----------|-------------------|----|------------------|------|-------------------|
| Regresión | .263 | 1 | .263 | .002 | .962 ^b |
| Residual | 4894.537 | 43 | 113.826 | | |
| Total | 4894.800 | 44 | | | |

a. Variable dependiente: Depresión

b. Variables predictoras: (Constante), Estado de Ánimo

El análisis de ANOVA muestra que las variables no se relacionan directamente sig. = 0.962 < α = 0.05; estos resultados declara que existe una relación entre el componente estado de ánimo y depresión

4.1.6.7. Regla de decisión

Como el valor de sig. = 0.962 < α = 0.05. Se rechaza H_0 a favor de la H_a ; declarando que el componente estado de ánimo no se relaciona con la depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro

4.1.6.8. Decisión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5% existe correlación nula y poco significativa entre el componente estado de ánimo y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional en su componente estado de ánimo no se relaciona con la depresión.

4.2. Discusión

La investigación que se presenta ha permitido estudiar la relación entre la inteligencia emocional y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro; los datos de este trabajo son de gran relevancia, debido a que aborda problemas de salud mental, por tanto también nos permite conocer la forma en que estas variables y sus dimensiones se relacionan entre sí.

En relación al objetivo general en los resultados se encontró una correlación directa baja y poco significativa entre la variable inteligencia emocional y la variable de depresión, con un valor de significancia de 0.25, además se encontró que existe una relación del 5% entre dichas variables. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la investigación de Serrano y García (2010) quienes indagaron acerca de la IE en su estudio titulado Inteligencia Emocional en Adolescentes Gestantes y No Gestantes de un Asentamiento Humano de la Provincia de Piura, donde de 100 adolescentes gestantes y 100 no gestantes con edades de 14 a 20 años se halló como resultados que las adolescentes gestantes presentan un mayor porcentaje en el nivel bajo, por el contrario, las adolescentes no gestantes presentaron un nivel promedio de IE. También para aclararnos este resultado encontramos a Delgado y

Burga (2015) quienes realizaron un estudio titulado Inteligencia emocional en mujeres adolescentes convivientes, que asisten a un hospital provincial de Lambayeque – 2014, donde el perfil de inteligencia emocional de las adolescentes se caracteriza por puntuaciones medias en general, además según la edad y nivel de educación la mayoría posee un nivel bajo de inteligencia emocional. Hay que mencionar además que en la variable depresión los resultados tienen relación con los reportados por Ventocilla (2015) quien en su estudio titulado Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014, halló 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. Por su parte Jadresic (2010) quien realizó un estudio titulado Depresión en el embarazo y el puerperio, en el cual halló que un tercio de las mujeres presentaban síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, y había un riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. Con respecto a estos resultados Gómez y Aldana (2007) mencionan que los factores causantes de la depresión en el embarazo pueden ser muy diversos, 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.

En cuanto a los dos primeros objetivos específicos donde se busca la relación existente entre el componente intrapersonal e interpersonal y la depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, se halló que existe relación muy baja y poco significativa con los porcentajes de 0.8 % y 0.4 % respectivamente en dichas dimensiones. Estos resultados se corroboran con los obtenidos en la investigación de Cabello (2005) quien realizó un trabajo titulado inteligencia emocional y depresión en una muestra italiana. Donde los resultados indicaron que una alta Atención emocional (sentir y expresar sentimientos de forma adecuada); se relaciona significativa y positivamente con bajas puntuaciones en ajuste emocional. En cambio, mayores niveles de claridad y reparación emocional (comprensión y regulación de estados emocionales) se relacionaron con mejores niveles de ajuste emocional. En base a esto Musitu y

Cava (2003) nos refieren que la adolescencia presume una etapa en la que se forma el sentido de identidad, a menudo el adolescente va cambiando la manera de ver todo aquello que lo rodea. Entre tanto, juntamente con su familia atraviesan dificultades que no existían cuando eran niños y que ahora deben enfrentar, siendo estas las alteraciones en su estado de ánimo que están acompañados generalmente con labilidad emocional, también hay conflictos con las figuras paternas, la incompreensión, el cuestionamiento de la autoridad en el hogar, seguida de la realización de conductas de riesgo y un menoscabo a las consecuencias de dichos actos. De igual manera Núñez de Villavicencio et. al. (2001) nos comentan que la adolescencia es una época de oportunidades y riesgos, debido a que los adolescentes se encuentran en el umbral del amor, del trabajo de sus vidas, y de su participación en la sociedad de los adultos. No obstante en esta etapa también se involucran en comportamientos que les cierran opciones y limitan sus posibilidades.

En relación al tercer objetivo específico donde se busca la relación existente entre el componente de adaptabilidad con la depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, se halló que existe una baja relación directa y poco significativa con el porcentaje de 0.26 % en esta dimensión. Este resultado no puede ser contrastado debido a que no se han hallado referencia alguna en otras investigaciones sin embargo Goleman (1991) en la teoría nos refiere que la adaptación está basada en la solución efectiva de problemas y el ajuste de nuestras emociones, pensamientos y conductas a las condiciones cambiantes de las situaciones; en este sentido Corona, et. al. (2014) nos indican que un inadecuado manejo de la depresión puede llegar a crear un estrés físico, social y económico para la embarazada, la familia y el sistema de salud; por ende la depresión en la embarazada se llega a traducir en cambios conductuales en los controles prenatales, la disminución del autocuidado, así como el rechazo a seguir las indicaciones médicas y abuso de sustancias como el tabaco, el alcohol y las drogas.

En relación al cuarto y quinto objetivo específico donde se busca la relación existente entre los componentes de manejo de estrés y estado de ánimo con la

depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, se halló que existe una correlación nula y poco significativa en estas dimensiones. Acerca de estos resultados Goleman (1991) acerca del manejo de estrés nos refiere que es la capacidad de soportar eventos adversos, y la habilidad de resistir y controlar diversas emociones. Así mismo también nos refiere con respecto al estado de ánimo, que es la capacidad para sentirnos satisfechos de nuestras vidas y para ver los aspectos positivos de la vida. En contradicción a estos resultados Maldonado et. al. (2008) nos mencionan que la depresión además de estar asociada a factores de personalidad de la mujer gestante, también tiene asociación 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.

En este sentido, se puede explicar que la diferencia de resultado se puede haber generado debido a que no se han utilizado los mismos instrumentos que en los estudios mencionados. Por otro lado, a través de la información teórica recopilada no se encontró investigaciones específicas con las mismas variables y población escogida en este caso inteligencia emocional, depresión y adolescentes gestantes, además en los distintos estudios encontrados, considerando también el nuestro; hay entre las muestras de las poblaciones que tienen dichos estudios diferencias de factores como nivel sociocultural, socioeconómico, educativo, familiar, etc; todo ello ha constituido el resultado de nuestra investigación.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primero. - Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe una correlación baja y poco significativa entre la inteligencia emocional y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional no se relaciona con la Depresión en las adolescentes en estado de gestación.

Segundo. - Se finaliza que a un nivel de significancia del 5% existe una correlación muy baja y poco significativa entre los componentes intrapersonal e interpersonal con la depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional en sus componentes intrapersonal e interpersonal no tienen relación directa con la depresión.

Tercero. - Se presenta que a un nivel de significancia del 5% existe correlación baja y poco significativa entre el componente adaptabilidad y depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional en su componente adaptabilidad no mantiene relación directa con la depresión.

Cuarto. - Se determina que a un nivel de significancia del 5% existe una correlación nula y poco significativa entre los componentes manejo de estrés y estado de ánimo con la depresión en las adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro, es decir que la inteligencia emocional en su componente manejo de estrés y estado de ánimo no tienen relación con la depresión.

5.2 Recomendaciones

En función a los resultados encontrados se recomienda

Primero. – Trabajar la Inteligencia Emocional y dar estrategias para el manejo adecuado de la Depresión por medio de talleres brindados en el hospital y campañas de salud.

Segundo. - Realizar actividades donde el tema primordial sea la valoración de uno mismo como también el adecuado fortalecimiento con el tema que los rodea, tales como la familia, amigos y la sociedad.

Tercero. – Al hospital realizar campañas y talleres de habilidades sociales, para que posteriormente se puedan observar cambios en la conducta adaptativa de la adolescente

Cuarto. - Trabajar conjuntamente de la mano entre las áreas de psicología y obstetricia para la detección de pensamientos irracionales que se puedan suscitar en las adolescentes, por medio de talleres vivenciales. Y consultas externas.

BIBLIOGRAFÍA

- Almudena, A. (2009). *La depresión en adolescentes. Estudios de Juventud*, Universidad Complutense de Madrid, España, (84), 85–105. Recuperado de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- Alva, A. (2016). *Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015*(Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- American Psychological Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Manson .
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-I):Technical Manual*. Toronto: Multi Health System.
- Barrero, L.;Regatillo, L.; Gomez, J.;Monte, C.;Pons, A., Rello, C., Solana, L. (2006). *Embarazo, Parto y Puerperio*. EMBARAZO, parto y puerperio: recomendaciones para madres y padres. Sevilla, España. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2006). Inventario de Depresion de Beck (*BDI-II*). *TERAPIA PSICOLÓGICA 2012, Vol. 30, N° 1, 5-13*, Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001
- Beltrán, B. y Ortiz, R. (2008). Síntomas depresivos, inteligencia emocional percibida y formas de afrontamiento en mujeres embarazadas. *Ansiedad y Depresión*, 2011, 17(2-3), 255-264 (2007), Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v14n1/original4.pdf>

- Bisquerra, F. (2010). *Educación Emocional, Propuestas para educadores y familias*. España : Desclée De Brouwer.
- Callado, L. y Bernal, R. (2011). Bases Neurobiológicas de la Depresión Entrevistas a expertos, *Artículos Originales A*. 1(3), Recuperado de http://www.siicsalud.com/pdf/tm_depresion_1_3_80311.pdf
- Cañadas, L. (7 de mayo de 2013). *In blog. Obtenido de Gabinete de Psicología*: <http://www.mariluzcanadas.es/psicologos-salamanca/tratamiento-psicologico-de-la-distimia/>
- Castillo, H. (21 de Abril de 2015). *Cerca de un millón 700 mil peruanos sufren de depresión. (D. L. Republica, Entrevistador) Lima*. Obtenido de <http://larepublica.pe/21-04-2015/cerca-de-1-700-000-peruanos-sufren-de-depresion>
- Centro Peruano de Audición y Lenguaje. (24 de 10 de 2014). *CPAL*. Obtenido de <http://cpal.edu.pe/es/colegio-antares/2014/10/24/importancia-del-desarrollo-emocional-en-los-adolescentes-dbc5>
- Cerón, D., Pérez-Olmos, I. e Ibáñez, M. (2011). *Inteligencia emocional en adolescentes de dos colegios de Bogotá*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a06>
- Charaja, F. (2004). *Investigación científica*. Puno, Perú: Nuevo Mundo.
- Contreras, O., Chávez, M., Aragón, L.E., y Velázquez, M. (2011). Estrategias de pensamiento constructivo en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 99 – 111, Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672011000100009&lng=es&nrm=iso
- Cooper, R., y Sawaf, A. (1998). *La Inteligencia Emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones*. Colombia: Grupo Editorial Norma.

- 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.
- Delgado G. y Burga V. (2015). *Inteligencia Emocional en Mujeres Convivientes que asisten a un hospital provincial de Lamvayeque*. (tesis para obtener el título de licenciado en psicología), Universidad Católica Santo Toribio de Marrovejo. Chiclayo – Perú.
- Epstein, S. (2001). *Inventario de pensamiento constructivo. Una medida de la inteligencia emocional*. Madrid: TEA.
- Equena E. (2000). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós.
- Fernandez, P., y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 63-93, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27411927005>
- Fernández, S., Luz, M., Delgado, L., & Miguel, J. (2014). Ansiedad, resiliencia e inteligencia emocional percibida en un grupo de mujeres con cáncer de mama, *Ansiedad y estrés*. 115-125, Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5306751>
- Fernando Núñez de Villavicencio, F. (2001). Sobre Libros. *Rev Cubana Educ Med Super*, 15(1), 100–1, Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412001000100011
- Figueras, A. (2006). *Multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona

- Flores, T., y Schirmer, J. (2006). Violencia Intrafamiliar en la Adolescencia en la Ciudad de Puno – Peru. *Rev Latino-am Enfermagem*, Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/es_v14n4a16.pdf
- Fulquez, S. (2010). *La inteligencia emocional y el ajuste psicológico: un estudio transcultural*. Barcelona. (tesis doctoral), Universitat Ramon Llull, departamento de Psicologia.
- García, M. (2015). *Evolución de la Inteligencia Emocional en Pacientes con Trastorno de Ansiedad y Depresión*. (Memoria presentada para optar al grado de doctor) Universidad de Murcia departamento de Psiquiatría Y Psicología Social, España.
- García, M. y Giménez.I. (2010). *Cuadernos del Profesorado*. Obtenido de <http://www.cepcuevasolula.es/espiral>.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind. The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Ghent, D. V. (1961). *The English novel: from and function*. New York: Haper & Row.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Gomea, A. (2007). Depresion en el embarazo y el posparto. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010;48 (4): 269-278, recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
- Gómez, M. y Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/739>

- Guadarrama, R. G. (2016). Inteligencia emocional : factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato, *informes psicológicos* 16(1), 35–50, Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6471/5968>
- Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años, 2013. (2013), Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación. México D.F.:* Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana.
- Humpiri, W. (2011). *Diresa Puno registró 650 casos de depresión en lo que va del año.* (D. I. Republica, Entrevistador)
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría.* pp. 269-278, Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
- Jara, L. (2014). *Organizacion Panamericana de la Salud.* Obtenido de CEPAL: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/embarazoadolescente.pdf>
- Jiménez, M. (2013). La distimia en el contexto clínico. *revista colombiana de Psiquiatría*, 1-5, Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-la-distimia-el-contexto-clinico-S0034745013700088>
- Lam, N., Contreras, H., Mori , E., Hinostroza, W., Hinostroza, R., Torrejón , E., . . . Hinostrosa, W. (2011). Factores psicosociales y depresión antenatal en

mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. *Revista Peruana de Epidemiología* , 1-8, Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a05v14n3.pdf

Lartigue T., Maldonado M., Gonzáles I. & Saucedo G. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, Recuperado de <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Depresionenlaetapaperinatal.pdf>

Leyva, G. V. (2009). *Influencia de la inteligencia emocional en el rendimiento académico en el área de comunicación, de alumnos de secundaria de la Institución Educativa San Ramón de Cajamarca*. (Trabajo de investigación presentado para optar el grado de Magíster en Educación). Universidad Peruana Union. Lima, Perú.

López O. (2008). *La Inteligencia emocional y las estrategias de aprendizaje como predictores del rendimiento académico en estudiantes universitarios*. (Tesis para optar el grado académico de magister con mención en psicología educativa), universidad nacional de San Marcos, Perú.

Luna, M. (2007). Prevalencia de la depresión mayor durante la gestación en el instituto nacional materno perinatal de lima en el periodo de junio a noviembre de 2006. Lima. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):310–4, Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a04.pdf>

Machaca, M. (2014). *Relación entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico en la asignatura de comunicación en estudiantes del quinto año de educación secundaria del colegio Industrial Simón Bolívar, Juliaca* (grado académico de Magíster en Educación con mención). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

- Maldonado, M.; Saucedo, J. y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum*, 22(1), Recuperado de <http://www.asmi.es/arc/doc/Cambios+Fisiologicos+y+Emocionales+durante+el+Emnrazo.pdf>
- Martineaud, S. & Engelhart, D. (1996). El test de inteligencia emocional. Barcelona: Martínez.
- Martínez, P., & Waysel, K. R. (2009). *Depresión en adolescentes embarazadas*, Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 14, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 261-274 Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004>
- Martinez, P.y Waysel, R. (2009). Depresion en adolescentes embarazadas. *redalyc*. Pp 261-274, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004>
- Martínez-Sánchez, F., Páez, D. y Ramos Díaz, N. (2005). *Emoción y adaptación. Introducción*. Corazones inteligentes, Barcelona: editorial kairos.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. *En R. J. Handbook of Intelligence*, 396 – 420, Recuperado de http://ei.yale.edu/wp-content/uploads/2014/02/pub62_MayerSalovey2001_Elasstandardintelligence.pdf
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* New York: Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators.
- Mayer, P. S. (1990). Inteligencia Emocional. Imaginnacion, cogncio y

personalidad. *Doi*, 185-211, Recuperado de http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf61modelo_de_mayer_salovey.pdf

Mercado, Y., y Paccori, L. (2012). Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. Cybertesis, Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/2977>

Mercado, Y., y Paccori, L. (2011). *Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal*. (Título profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana E.A.P. de Obstetricia, Lima, Perú.

Munguía, O. L. (2008). *La Inteligencia emocional y las estrategias de aprendizaje como predictores del rendimiento académico en estudiantes universitarios*. (tesis para optar el grado académico de magister en psicología con mención en psicología educativa), Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Perú.

Muñoz, C. (2007). *Inteligencia emocional: el secreto para una familia feliz*. España. Dirección Nacional de la Salud Mental, editorial España

Nedley, N. (12 de Noviembre de 2016). Diálogo. Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0LXO49x-Q8QJ:dialogue.adventist.org/es/23-2/nedley/la-inteligencia-emocional-desde-la-perspectiva-biblica+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

Nelly Lam , Hans Contreras , Elizabeth Mori , Williams Hinostraza , Richard Hinostraza , Erasmo Torrejón , Elizabeth Coaquira , Willy Hinostraza. (2010). Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Revista Peruana de Epidemiología*, Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a05v1

4n3.pdf

Organizacion Mundial de la Salud . (2014). *El embarazo en la adolescencia*, Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Organizacion Mundial de la Salud. (2016). *La depresión*, Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organizacion Mundial de la Salud. (2016). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Obtenido de Embarazo en la adolescencia: Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente, Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250802/1/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>

Organizacion Panamericana de la Salud. (2012). Día Mundial de la Salud Mental: *la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Washington, DC, Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es

Pardo A., G., Sandoval D., A., & Umbarila Z., D. (2004). Adolescencia y Depresión. *Colombiana de Psicología*, 17-32, Recuperado de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1204>

Pérez, M. &. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la Depresión. *Psicothema*, Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>

Pérez, N., & Alegre, A. (2012). La Inteligencia y la seguridad emocional: *Revista Iberoamericana de Educación*: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mz786dnM5ykJ:rieoei.org/deloslectores/4871PerezEscoda.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe>

Pérez, N., & Pellicer, N. (Octubre de 2009). *Necesidad de desarrollo emocional en la adolescencia*. Barcelona, recuperado de

<http://www.ub.edu/grop/wp-content/uploads/2014/03/2015-Necesidad-de-desarrollo-emocional-en-la-adolescencia-091011.pdf>

Petrides, K. V., & Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 313 – 320, Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886999001956>

Pineda Perez, S., & Miriam, A. S. (1999). Manual de practicas clinicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_para_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf

Piscoya, A. y Merino, C. (2009). *Relación entre Inteligencia Emocional y Resentimiento en Mujeres Víctimas de Violencia Conyugal que asientan su denuncia en la Comisariade Mujeres y Menores de la ciudad de Chiclayo-2009*. (Tesis para optar el titulo de licenciada en psicología) Universidad Señor de Sipan - chiclayo.

Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana Ginecologica Obstetrica*, 56-69, Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol59_n4/pdf/a06v59n4.pdf

R. Bar-On. (1988). *The development of a concept of psychological well-being*. South Africa.: Rhodes University.

Ragonés E, G. M. (2001). Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en la atención primaria. *atm. primaria*, 623 8, Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788701>

Ramirez, P. (marzo de 2009). *Inteligencia emocional*. Obtenido de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/PILAR_RAMIREZ_1.pdf

- Rey, L. y Extremera, N. (2012). *Inteligencia emocional percibida, felicidad y estrategias distractoras en adolescentes*. España: Universidad de Málaga, Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277275327_Inteligencia_emocional_percibida_felicidad_y_estrategias_distractoras_en_adolescentes
- Reyes, C. A., & Carrasco, I. (2014). Inteligencia emocional en estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú, *Apuntes de Ciencias Sociales*, 04(01), 87-100, Recuperado de journals.continental.edu.pe/index.php/apuntes/issue/download/20/9
- Rodríguez, M. (24 de Octubre de 2016). Puno: sube a 760 los casos de embarazos en adolescentes. (A. Noticias, Entrevistador)
- Rosilio, G. (2011). *Depresión y Adolescencia*. (tesis para optar el grado de psicóloga), Universidad Ricardo Palma . peru
- Rubio, M. T. (2013). *Inteligencia Emocional en Jóvenes y Adolescentes Españoles y peruanos: variables psicológicas y educativas*. (Tesis doctoral). Universidad de León. España.
- Ruiz, A.; Fernández, P.; Cabello, R.; Extremera, N. (2005). Inteligencia emocional y depresión en una muestra italiana. *Congreso virtual de psiquiatría*. 6ª edición, pag. 1-6, Recuperado de [http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/desiree%20et%20al.,%20\(2005\).pdf](http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/desiree%20et%20al.,%20(2005).pdf)
- Salazar, L. M. (2015). *Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes atendidas en el hospital de apoyo Camana, 2015*. (Trabajo de Investigación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano Universidad Católica de Santa María, Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana.
- Salinas, A. A. (2016). *Nivel de apoyo social percibido en la familia por la*

adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015 . (tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería), UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA E.A.P. DE ENFERMERÍA

Sánchez, A. (27 de Octubre de 2015). Instituto Nacional de Estadística e Informática. Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/>

Sausa, M. (30 de 07 de 2016). La maternidad en el Perú está empezando desde los 11 años. Perú 21.

Serrano, M. y García, D. (2010). *Inteligencia Emocional en Adolescentes Gestantes y No Gestantes de un Asentamiento Humano de la Provincia de Piura.*(Tesis para optar el Título de licenciado en psicología) Univercidad Cesar Vallejo-Piura- Perú

Serrano, M. y García, D. . (2010). *Inteligencia emocional: autocontrol en adolescentes estudiantes del último año de secundaria.* Venezuela: Universidad de Zulia, Recuerado de <http://biblat.unam.mx/es/revista/multiciencias/articulo/inteligencia-emocional-autocontrol-en-adolescentes-estudiantes-del-ultimo-ano-de-secundaria>

Sullca, T. F., & Schirmer, J. (2006). *Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno - PERU*, 14(4), Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400016

Ugarriza, N., & Pajares, L. (2004). *Adaptación y Estandarización del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn ICE: NA, en niños y adolescentes.*


Lima: Manual Técnico, Recuperado de
<http://www.redalyc.org/pdf/1471/147112816001.pdf>

- UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia. la adolescencia una época de oportunidades*, Recuperado de
<https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
- UNICEF. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. República de Panamá: Innovación en Diseño, Edición y Alrededores, Recuperado de
[https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
- UNICEF. (2016). *Estado mundial de la infancia 2016 una oportunidad para cada niño*. Recuperado de
https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
- Valderrama, S. (2002). *Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación*. Lima: San Marcos.
- Vallejo Ruiloba J, L. C. C. (2005). *Tratado de psiquiatría*. Vol. II. Madrid: Ars Médica.
- Vallés, A. (2005). *El desarrollo de la inteligencia emocional para la convivencia escolar*. Madrid: Benacantil.
- Valqui, A. (2012). La inteligencia emocional y su relación con el clima social escolar en los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa N° 00815 de Carrizal, año 2011. Tarapoto, Perú. Recuperado de
<http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/334/1/Alenio%20Valqui%20Olivarez.pdf>
- Vargas, G. (2011). *“inteligencia emocional y rendimiento académico en historia, geografía y economía en alumnos del segundo de secundaria de una institución educativa del callao”*. (tesis para optar el grado académico de maestro en educación en la mención de aprendizaje y desarrollo humano),

- Ventocilla, V. (2015). *Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014* (Tesis para optar el título profesional de Psicólogo). Universidad Peruana Unión, Facultad de ciencias de la salud EP. Psicología. Juliaca, Puno.
- Veytia, M., Fajardo Gómez, R. J., & Guadarrama Guadarrama, R. (2016). *Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato*. *Informes Psicológicos* , 36-60, Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6471>
- Villalobos, M. A. (2008). Depresión en Niños y Adolescentes. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica*, 331-333, Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art4.pdf>
- White, E. G. (2007). *El ministerio de curacion* . Argentina: Editorial Sudamericana.
- White, E. G. (1970). *Conflicto y valor*. Buenos Aires, Argentina: Asoc. Casa Editora Sudamericana.
- White, E. G. (1999). *Palabras de vida del gran Maestro*. Florida: Asociación Casa Editorial Sudamericana.
- White, E. G. (2008). *Testimonios para la iglesia*. Miami, Florida: Asoc. Publicadora Interamericana.
- White, E. G. (2009). *Consejos sobre la salud - segunda edicion*. Buenos Aires: Editora Sudamericana.
- Zavala, M. y López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional?. *Revista :Behavioral Psychology/Psicología Conductual* págs. 59-75 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3924116>

ANEXOS

Anexo A. Matriz de Consistencia

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLE | DIMENSIONES | SUBDIMENSIONES | METODOLOGIA |
|--|---|---|-------------------------------|------------------------|--|---|
| Problema General | Objetivo General | Hipótesis General | Inteligencia Emocional | 1.- Intrapersonal | - Comprensión emocional de sí mismo - Asertividad - Auto-concepto - Auto-realización - Independencia | Tipo <u>Correlacional</u> Nivel: Descriptivo Diseño: No experimental Corte transversal o transeccional <u>Correlacional</u>  Método: Inductivo Observación indirecta Población: La población de estudio estará constituida por las gestantes adolescentes pertenecientes al hospital Carlos Cornejo <u>Rosello</u> de Azángaro. Muestra: Para la determinación de la muestra, se realizará un muestreo no probabilística intencional o por conveniencia. Técnicas: Prueba psicométricas (medición) Instrumento: - Inventario de Inteligencia emocional de ice de <u>Baron</u> para niños y adolescentes, forma abreviada - Inventario de Depresión de Beck Procedimientos: Tablas gráficos ANOVA |
| ¿Cuál es la relación entre inteligencia emocional con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017? | Determinar la relación de la inteligencia emocional con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017. | Existe relación directa y significativa entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello</u> Cornejo Azángaro, 2017. | | 2.- Interpersonal | - Empatía - Relaciones Interpersonales - Responsabilidad social | |
| Problemas Específicos | Objetivos Específicos | Hipótesis específicas | | 3.- Adaptabilidad | - Solución de problemas - Prueba de la realidad - Flexibilidad | |
| a. ¿Cuál es la relación entre el componente intrapersonal con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017? | a. Conocer la relación del componente intrapersonal con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017. | a. Existe relación directa y significativa entre el componente intrapersonal y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello</u> Cornejo Azángaro, 2017. | | 4.- Manejo de Tensión | - Tolerancia al estrés - Control de los impulsos | |
| b. ¿Cuál es la relación entre el componente interpersonal con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017? | b. Identificar la relación del componente interpersonal con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017. | b. Existe relación directa y significativa entre el componente interpersonal y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello</u> Cornejo Azángaro, 2017. | | 5.- Impresión Positiva | - Felicidad - Optimismo | |
| c. ¿Cuál es la relación entre el componente adaptabilidad con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017? | c. Establecer la relación del componente adaptabilidad con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017. | c. Existe relación directa y significativa entre el componente adaptabilidad y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello</u> Cornejo Azángaro, 2017. | Depresión | Área afectiva | | |
| d. ¿Cuál es la relación entre el componente manejo de estrés con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017? | d. Conocer la relación del componente manejo de estrés con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017. | d. Existe relación directa y significativa entre el componente manejo de estrés y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello</u> Cornejo Azángaro, 2017. | | Área motivacional | | |
| e. ¿Cuál es la relación entre el componente estado de ánimo con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017? | e. Identificar la relación del componente estado de ánimo con la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello Vizcardo</u> de Azángaro, 2017. | e. Existe relación directa y significativa entre el componente estado de ánimo y la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Carlos Cornejo <u>Rosello</u> Cornejo Azángaro, 2017. | | Área cognitiva | | |
| | | | Área conductual | | | |
| | | | Área física | | | |

Anexo B. Constancia de aceptación de proyecto

CONSTANCIA

El Director de la Red de Salud Azángaro.

Hace constar:

Que la dirección de la Red de Salud Azángaro, acepta realizar su Proyecto de tesis titulado "Relación entre inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" durante el mes de marzo 2017, a las Estudiantes Srtas. Bachilleres Sharmely Meliza Gomez Barrios y Kelly Evelyn Umpiri Calla, egresadas de la universidad Peruana Unión de la facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología.

Se expide la presente, a solicitud de las interesadas para los fines que le fuere conveniente.

Azángaro, 23 de febrero del 2017.



[Handwritten Signature]
Dr. M. NÚLLICA SUCRES
MÉDICO ESPECIALISTA
DIRECTOR
Red de Salud Azángaro

Anexo C. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



Proyecto de investigación para optar el grado académico de psicólogo

“Relación entre inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello Viscardo Azángaro – 2017”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Dirección de Hospital “Carlos Cornejo Rosello Viscardo” de Azángaro, hace constar:

Que la dirección del hospital “Carlos Cornejo Rosello Viscardo” de Azángaro, acepta la aplicación de instrumentos de investigación durante los meses de febrero y marzo, que se aplicara a las adolescentes en estado de gestación en el hospital de forma anónima, a cargo de las señoritas **Bachilleres Sharmely Meliza Gomez Barrios y Kelly Evelin Umpiri calla**, egresadas de la Universidad Peruana Unión de la facultad de psicología de la Escuela de Psicología.

La realización del presente trabajo de investigación nos permitirá conocer qué relación hay entre los componentes de inteligencia emocional y la depresión que presentan las adolescentes gestantes del hospital Carlos Cornejo Rosello Viscardo de Azángaro - 2017. El presente estudio corresponde al tipo de investigación correlacional, describiendo las variables de estudio, para luego relacionar dichas variables, el diseño de la investigación es no experimental de corte transversal. Este estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta. La presente investigación tiene el propósito de enriquecer el conocimiento científico, que proporcionara información validada y confiable, que servirá de material bibliográfico para investigaciones posteriores, beneficiando al personal de salud, docentes y padres de familia. Conocer la relación de cada componente de la inteligencia emocional con la depresión, constituirá una fuente valiosa de información para el diseño de estrategias, promoción y prevención de salud mental desde edades tempranas, además de la elaboración de programas de intervención.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento sin que se me afecte de ninguna manera.

Firma:

fecha:

Anexo D. Instrumento de Inteligencia Emocional de Baron

INSTRUMENTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE BARON

Guía de entrevista

I. Datos informativos

Apellidos y Nombres

Edad..... Centro de salud.....

Fecha.....

INVENTARIO EMOCIONAL. BarOn: FORMA ABREVIADA.

II. Instrucciones

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, has cuatro posibles respuestas.

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo.
4. Muy a menudo

Indica cómo te sientes, piensas o actúas LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORIA DE LUGARES, elige una y solo una respuesta para cada oración y coloca una X sobre el número que corresponda tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es rara vez has sobre el número 2 en la misma línea de la oración, este no es un examen, no existe repuesta buena o mala.

| Nº | Pregunta | Muy rara vez | Rara vez | A menudo | Muy a menudo |
|----|---|--------------|----------|----------|--------------|
| 1 | Me importa lo que suceda a las personas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Es fácil decirle a la gente como me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Me gustan todas las personas que conozco. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Soy capaz de respetar a los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Me molesto demasiado de cualquier cosa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Puedo hablar fácilmente de mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Pienso bien de todas las personas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Peleo con la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Tengo mal genio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Puedo comprender preguntas difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Nada me molesta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Puedo describir fácilmente mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Debo de decir siempre la verdad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Me molesto fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Me agrada hacer cosas para los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Pienso que soy la mejor en todo lo que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Para mi es fácil decirles a las personas como me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Soy buena resolviendo problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | No tengo días malos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Me es difícil decirles a los demás mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Me disgusto fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Cuando me molesto actuó sin pensar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Se cuando la gente está molesta aun cuando no dice nada. | 1 | 2 | 3 | 4 |

¡Gracias por tu participación!

Anexo E. Instrumento de depresión de Beck

EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Guía de entrevista

I. Datos informativos

Apellidos y Nombres

Edad..... Centro de salud.....

Fecha.....

EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

II. Instrucciones

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

| Nº | Afirmación |
|----|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> No me siento triste. <input type="checkbox"/> Me siento triste. <input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. <input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo |
| 2 | <input type="checkbox"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. <input type="checkbox"/> Me siento desanimado respecto al futuro. <input type="checkbox"/> Siento que no tengo que esperar nada. <input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán |
| 3 | <input type="checkbox"/> No me siento fracasado. <input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. <input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. <input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada. |
| 4 | <input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes. <input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes. <input type="checkbox"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo. |

| | |
|----|---|
| 5 | <input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable. <input type="checkbox"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones. <input type="checkbox"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. <input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente. |
| 6 | <input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigado. <input type="checkbox"/> Me siento como si fuese a ser castigado <input type="checkbox"/> Espero ser castigado. <input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado. |
| 7 | <input type="checkbox"/> No estoy decepcionado de mí mismo. <input type="checkbox"/> Estoy decepcionado de mí mismo. <input type="checkbox"/> Me da vergüenza de mí mismo. <input type="checkbox"/> Me detesto. |
| 8 | <input type="checkbox"/> No me considero peor que cualquier otro. <input type="checkbox"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. <input type="checkbox"/> Continuamente me culpo por mis faltas. <input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| 9 | <input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio. <input type="checkbox"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. <input type="checkbox"/> Desearía suicidarme. <input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad. |
| 10 | <input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía. |
| | <input type="checkbox"/> Ahora lloro más que antes. <input type="checkbox"/> Lloro continuamente. <input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera. |
| 11 | <input type="checkbox"/> No estoy más irritado de lo normal en mí. <input type="checkbox"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes. <input type="checkbox"/> Me siento irritado continuamente. <input type="checkbox"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme. |
| 12 | <input type="checkbox"/> No he perdido el interés por los demás. <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en los demás que antes. <input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés por los demás. |
| 13 | <input type="checkbox"/> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. <input type="checkbox"/> Evito tomar decisiones más que antes. <input type="checkbox"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. <input type="checkbox"/> Ya me es imposible tomar decisiones. |
| 14 | <input type="checkbox"/> No creo tener peor aspecto que antes. <input type="checkbox"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. <input type="checkbox"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer <input type="checkbox"/> poco atractivo <input type="checkbox"/> Creo que tengo un aspecto horrible. |
| 15 | <input type="checkbox"/> Trabajo igual que antes. <input type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. <input type="checkbox"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo. <input type="checkbox"/> No puedo hacer nada en absoluto. |

| | |
|----|---|
| 16 | <input type="checkbox"/> Duermo tan bien como siempre. <input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes. <input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. <input type="checkbox"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir. |
| 17 | <input type="checkbox"/> No me siento más cansado de lo normal. <input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes. <input type="checkbox"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa. <input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada. |
| 18 | <input type="checkbox"/> Mi apetito no ha disminuido. <input type="checkbox"/> No tengo tan buen apetito como antes. <input type="checkbox"/> Ahora tengo mucho menos apetito. <input type="checkbox"/> He perdido completamente el apetito. |
| 19 | <input type="checkbox"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. <input type="checkbox"/> He perdido más de 2 kilos y medio. <input type="checkbox"/> He perdido más de 4 kilos. <input type="checkbox"/> He perdido más de 7 kilos. |
| | Estoy a dieta para adelgazar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 20 | <input type="checkbox"/> No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más. <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa. |
| 21 | <input type="checkbox"/> No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado por el sexo <input type="checkbox"/> He perdido totalmente mi interés por el sexo |

TOTAL:

¡Gracias por tu participación!

Anexo F. Prueba evaluada

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA



Proyecto de investigación presentado para optar el grado académico de Psicólogo

"Relación entre inteligencia emocional y niveles de depresión en adolescentes embarazadas del hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro, 2017"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Dirección del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" de Azángaro, hace constar:

Que la dirección del hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" de Azángaro, acepta la aplicación de instrumentos de investigación durante los meses de febrero - marzo, que se aplicara a las adolescentes en estado de gestación de este hospital de forma anónima; a cargo de las Srtas. Bachilleres Sharmely Meliza Gomez Barrios y Kelly Evelyn Umpiri Calla, egresadas de la universidad Peruana Unión de la facultas de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología.

La realización del presente trabajo de investigación nos permitirá conocer qué relación hay entre los componentes de la inteligencia emocional y la depresión que presentan las gestantes adolescentes del hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, 2017. El presente estudio corresponde al tipo de investigación correlacional, describiendo las variables de estudio, para luego relacionar dichas variables, el diseño de investigación es no experimental y de corte o transversal. Este estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta, 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, docentes y padres de familia. Conocer la relación de cada componente de la inteligencia emocional con los niveles de depresión, constituirá una fuente valiosa de información para el diseño de estrategias y promoción y prevención de la salud mental desde edades tempranas, además de la elaboración de programas de intervención.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma

Fecha: 17-03-2017

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Marque con una X el número que corresponda a su respuesta,

1. Grado
 Segundo (1) Tercero (2) Cuarto (3) Quinto (X) Pre U (5)
2. Edad
 De 12 años (1) De 13 años (2) De 14 años (3)
 De 15 años (4) De 16 años (5) De 17-18 años (X)
3. Lugar donde radica el encuestado

Azángaro

INVENTARIO EMOCIONAL. BarOn: FORMA ABREVIADA.

I. Instrucciones

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, has cuatro posibles respuestas.

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo.
4. Muy a menudo

Indica cómo te sientes, piensas o actúas LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORIA DE LUGARES, elige una y solo una respuesta para cada oración y coloca una X sobre el número que corresponda tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es rara vez has sobre el número 2 en la misma línea de la oración, este no es un examen, no existe repuesta buena o mala.

| N° | Pregunta | A poco | A veces | Con frecuencia | Siempre |
|----|---|--------------|----------|----------------|--------------|
| | | Muy rara vez | Rara vez | A menudo | Muy a menudo |
| 1 | Me importa lo que suceda a las personas. | X | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Es fácil decirle a la gente como me siento. | 1 | X | 3 | 4 |
| 3 | Me gustan todas las personas que conozco. | 1 | 2 | X | 4 |

| | | Nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
|----|---|--------------|--------------|--------------|---------|
| 4 | Soy capaz de respetar a los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Me molesto demasiado de cualquier cosa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Puedo hablar fácilmente de mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Pienso bien de todas las personas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Peleo con la gente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Tengo mal genio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Puedo comprender preguntas difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Nada me molesta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Puedo describir fácilmente mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Debo de decir siempre la verdad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Me molesto fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Me agrada hacer cosas para los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Pienso que soy la mejor en todo lo que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Para mí es fácil decirles a las personas como me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Soy buena resolviendo problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | No tengo días malos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Me es difícil decirles a los demás mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Me disgusto fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Cuando me molesto actué sin pensar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Se cuando la gente está molesta aun cuando no dice nada. | 1 | 2 | 3 | 4 |

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

I. Instrucciones

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

| N° | Afirmación |
|----|--|
| 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No me siento triste. <input type="checkbox"/> Me siento triste. <input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. <input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. |
| 2 | <input checked="" type="checkbox"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. <input type="checkbox"/> Me siento desanimado respecto al futuro. <input type="checkbox"/> Siento que no tengo que esperar nada. <input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. |
| 3 | <input checked="" type="checkbox"/> No me siento fracasado. <input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. <input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. <input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada. |
| 4 | <input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes. <input checked="" type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes. <input type="checkbox"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo. |
| 5 | <input checked="" type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable. <input type="checkbox"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones. <input type="checkbox"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. <input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente. |
| 6 | <input checked="" type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigado. <input type="checkbox"/> Me siento como si fuese a ser castigado. <input type="checkbox"/> Espero ser castigado. <input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado. |

| | |
|----|--|
| 7 | <input checked="" type="checkbox"/> No estoy decepcionado de mí mismo. <input type="checkbox"/> Estoy decepcionado de mí mismo. <input type="checkbox"/> Me da vergüenza de mí mismo. <input type="checkbox"/> Me detesto. |
| 8 | <input checked="" type="checkbox"/> No me considero peor que cualquier otro. <input type="checkbox"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. <input type="checkbox"/> Continuamente me culpo por mis faltas. <input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| 9 | <input checked="" type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio. <input type="checkbox"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. <input type="checkbox"/> Desearía suicidarme. <input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad. |
| 10 | <input checked="" type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía. <input type="checkbox"/> Ahora lloro más que antes. <input type="checkbox"/> Lloro continuamente. <input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera. |
| 11 | <input type="checkbox"/> No estoy más irritado de lo normal en mí. <input type="checkbox"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes. <input type="checkbox"/> Me siento irritado continuamente. <input checked="" type="checkbox"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme. |
| 12 | <input type="checkbox"/> No he perdido el interés por los demás. <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en los demás que antes. <input checked="" type="checkbox"/> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés por los demás. |
| 13 | <input checked="" type="checkbox"/> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. <input type="checkbox"/> Evito tomar decisiones más que antes. <input type="checkbox"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. <input type="checkbox"/> Ya me es imposible tomar decisiones. |
| 14 | <input checked="" type="checkbox"/> No creo tener peor aspecto que antes. <input type="checkbox"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. <input type="checkbox"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. <input type="checkbox"/> Creo que tengo un aspecto horrible. |

| | |
|----|--|
| 15 | <input type="checkbox"/> Trabajo igual que antes. <input type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. <input checked="" type="checkbox"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo. <input type="checkbox"/> No puedo hacer nada en absoluto. |
| 16 | <input type="checkbox"/> Duermo tan bien como siempre. <input checked="" type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes. <input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. <input type="checkbox"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir. |
| 17 | <input type="checkbox"/> No me siento más cansado de lo normal. <input checked="" type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes. <input type="checkbox"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa. <input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada. |
| 18 | <input checked="" type="checkbox"/> Mi apetito no ha disminuido. <input type="checkbox"/> No tengo tan buen apetito como antes. <input type="checkbox"/> Ahora tengo mucho menos apetito. <input type="checkbox"/> He perdido completamente el apetito. |
| 19 | <input type="checkbox"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. <input type="checkbox"/> He perdido más de 2 kilos y medio. <input checked="" type="checkbox"/> He perdido más de 4 kilos. <input type="checkbox"/> He perdido más de 7 kilos. |
| 20 | <input type="checkbox"/> No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más. <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa. |
| 21 | <input type="checkbox"/> No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes. <input checked="" type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado por el sexo. <input type="checkbox"/> He perdido totalmente mi interés por el sexo. |

TOTAL:

37

¡Gracias por tu participación!