

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS

Título : NIVEL DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ANA, III TRIMESTRE DEL 2016

Para optar : Título profesional de Psicóloga

Autor : Bachiller Gina Gabriela Huaroc Condori

Bachiller Marly Juliza Yachi Quispe

Asesor : Ps. Jeanet Angela Carrillo Onofre

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación: Agosto del 2017 a agosto del 2018

Huancayo- Perú - 2021

DEDICATORIA

A mis progenitores Maricela y Edwin, por su apoyo incondicional y motivarme para seguir adelante

A mis progenitores Lidia y Enrique, por su soporte completo y motivarme para cumplir mis metas.

Las autoras

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres Maricela Condori Mollehuara, Edwin Huaroc Giráldez, Enrique Yachi Paucar, y Lidia Quispe Mollehuara, por el financiamiento para la ejecución de la tesis.

A la Jefa del Centro de Salud Santa Ana, Romalí Sánchez Atalaya por permitirnos el acceso a la población de estudio para la ejecución del proyecto.

A la Red de Salud de Huancavelica, por brindarnos la información estadística necesaria para llevar a cabo el proyecto. A todos ellos ¡Muchas Gracias!

Gina Huaroc y Marly Yachi

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
CONTENIDO.....	iv
CONTENIDO DE TABLAS.....	viii
CONTENIDO DE FIGURAS.....	ix
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPÍTULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2 Delimitación del problema.....	14
1.3 Formulación del problema.....	15
1.3.1 Problema General.....	15
1.3.2 Problemas específicos.....	15
1.4 Justificación.....	15
1.4.1. Social.....	15
1.4.2. Teórica.....	16
1.4.3. Metodológica.....	16
1.5 Objetivos.....	16
1.5.1 Objetivo General.....	16
1.5.2 Objetivos Específicos.....	17
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 Antecedentes.....	18

2.1.1 A nivel Internacional.....	18
2.1.2 A nivel nacional	20
2.2 Bases teóricas o científicas	23
2.2.1. Definición.....	23
2.2.2. Teorías sobre la depresión.....	24
2.2.3. Causas	26
2.2.4. Factores desencadenantes.....	27
2.2.5. Cuadro clínico:	27
2.2.6. Niveles de depresión y diagnóstico.....	28
2.2.7. Factores desencadenantes.....	29
2.2.8. Factores de riesgo.....	29
2.2.9. Cuadro clínico	30
2.2.10. Complicaciones	30
2.3 Marco conceptual.....	30
2.3.1 Definición de la depresión	31
2.3.2. Dimensiones.....	31
CAPÍTULO III	33
HIPÓTESIS	33
3.1 Hipótesis general.....	33
3.2 Hipótesis específicas.....	33
3.3 Variable.....	34
3.3.1. Definición conceptual	34
3.3.2. Definición de las Dimensiones.....	34
3.3.3. Definición operacional	34
CAPÍTULO IV	49

METODOLOGÍA.....	49
4.1 Método de investigación.....	49
4.2. Tipo de investigación.....	49
4.3. Nivel de investigación	50
4.4. Diseño de la investigación	50
4.5 Población y muestra.....	50
4.5.1. Población y muestra	50
4.5.2. Muestreo.....	51
4.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos	51
4.6.1 Técnica	51
4.6.2 Instrumento	51
4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	53
4.8 Aspectos éticos de la investigación	53
CAPÍTULO V	55
RESULTADOS	55
5.1 Descripción de resultados	55
5.1.1 Resultados de los niveles de depresión	55
5.1.2 Resultados sobre la dimensión síntomas cognitivo – afectivo.....	56
5.1.3 Resultados sobre la dimensión síntomas somáticos y motivacional	57
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	76
ANEXO 1: Matriz de Consistencia	71

ANEXO 2: Matriz de Operacionalización de la variable	83
ANEXO 3. Matriz operacional del instrumento	90
ANEXO 4. Instrumento de investigación y constancia de su aplicación	91
ANEXO 5. Confiabilidad y validez del instrumento.....	95
ANEXO 6. La data del procesamiento de datos	100
ANEXO 7. Consentimiento informado	103
ANEXO 8. Registros fotográficos.....	104

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variable	42
Tabla 2. Resultados del juicio de expertos	52
Tabla 3. Niveles de depresión.....	55
Tabla 4. Niveles en la dimensión cognitivo – afectivo	56
Tabla 5. Niveles en la dimensión somático y motivacional	57
Tabla 6. Depresión según la edad.....	58
Tabla 7. Depresión según grado de instrucción.....	59
Tabla 8. Depresión según estado civil	60
Tabla 9. Depresión según número de hijos.....	61
Tabla 10. Depresión según etapa gestacional	62
Tabla 11. Depresión según frecuencia de discusiones con la pareja o familia.....	63

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Esquema del diseño.....	50
Figura 2. Puntajes de niveles de depresión.....	52
Figura 3. Puntajes de las dimensiones	53
Figura 4. Niveles de depresión	56
Figura 5. Niveles de síntomas cognitivo – afectivo.....	57
Figura 6. Niveles en los síntomas somático y motivacional	58
Figura 7. Niveles de depresión según edad	59
Figura 8. Depresión según el nivel de instrucción.....	60
Figura 9. Depresión según estado civil.....	61
Figura 10. Depresión según la cantidad de hijos	62
Figura 11. Depresión según etapa gestacional.....	63
Figura 12. Depresión según la frecuencia de discusiones con la pareja y/o familia	64

RESUMEN

La investigación presente lleva el título “Nivel de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana, III trimestre del 2016, se fundamenta en los datos que la Organización Mundial de la Salud (2011), ha publicado acerca de la consecuencia que genera la depresión en las gestantes, siendo estos los pensamientos de muerte y que incluso algunas gestantes han ocasionado lesiones al bebe y a ellas mismas; y que por ello es necesario tener un monitoreo de las mismas con cifras que permitan cuantificar sus niveles de depresión, ya que se ha observado que no se cuenta con esta información. Nuestro objetivo fue determinar los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016. La metodología, el método empleado fue el científico y el descriptivo, de tipo básica, nivel descriptivo, con diseño descriptivo simple. La muestra estuvo conformada por 83 gestantes que fueron atendidas en el centro de Salud Santa Ana. Para la recolección de datos se aplicó el inventario de depresión de Beck II. Arribando al siguiente resultado: Se tiene 24 gestantes (29%) con niveles de depresión mínima, 33 gestantes (40%) con niveles de depresión leve, 23 gestantes (28%) con niveles de depresión moderada y 3 gestantes (4%) con niveles de depresión severa. Se concluye que no existen un porcentaje alto en el nivel moderado de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

Palabras clave: Nivel de depresión, madres gestantes, Inventario de Depresión de Beck II

ABSTRACT

The present research is entitled "Level of depression in pregnant women cared for at the Santa Ana Health Center, III quarter of 2016, it is based on the data that the World Health Organization (2011) has published about the consequence it generates. depression in pregnant women, these being the thoughts of death and that some pregnant women have even caused injuries to the baby and themselves; and that for this reason it is necessary to monitor them with figures that allow quantifying their levels of depression, since it has been observed that this information is not available. Our objective was to determine the levels of depression in pregnant women treated at the Santa Ana Health Center during the third quarter of 2016. The methodology used was of a basic descriptive type, with a simple descriptive design. The sample consisted of 83 pregnant women who were cared for at the Santa Ana Health Center. For data collection, the Beck II depression inventory was applied. Arriving at the following result: There are 24 pregnant women (29%) with minimal depression levels, 33 pregnant women (40%) with mild depression levels, 23 pregnant women (28%) with moderate depression levels and 3 pregnant women (4%) with levels of severe depression. It is concluded that there is not a high percentage of a moderate level of depression in pregnant women treated at the Santa Ana Health Center during the third quarter of 2016.

Key words: Depression level, pregnant mothers, Beck Depression Inventory II

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno de cambio del estado ánimo, determinado por tristeza, irritabilidad, acompañado de cambios psicofisiológicos, tales como: alteraciones del sueño, del deseo sexual, llanto, y pensamientos negativos. Es una de las enfermedades con gran prevalencia a nivel mundial dentro de los servicios de psiquiátrica y psicológica (Coryell, 2018).

La depresión en gestantes, produce cambios el cuidado del embarazo, como el abandono de los controles prenatales, descuido de su alimentación, la mala adherencia a las indicaciones médicas, incluso abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el parto. (Jadresic, 2010). La depresión está identificada como un problema de salud, pero los profesionales de salud, muchas veces no la diagnostican, por lo cual no es tratada a tiempo. Así mismo no se sabe con exactitud su incidencia real. (Luna, Salinas y Figueroa; 2009).

Las gestantes, muchas veces no se preocupan por su estado emocional, ya que están más preocupadas por los malestares físicos o situaciones del entorno. Por ello es importante saber cómo está su estado emocional. Esta investigación plantea el objetivo fue determinar los niveles de depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016. La metodología utilizada fue de tipo básica, nivel descriptivo, con diseño descriptivo simple.

Para cumplir con los objetivos esta tesis, se dividió en cuatro capítulos. Capítulo I, se estableció el problema de investigación, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación. Capítulo II se estableció el marco teórico y antecedentes nacionales e internacionales. Capítulo III se desarrolla la metodología de investigación. Capítulo IV se dan los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Las autoras.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las madres gestantes requieren un especial cuidado, debido a que pasan por cambios a nivel corporal, hormonal, psicológico y social que pueden tener repercusiones en el estado emocional de las gestantes. La depresión pre-natal sin procedimiento es considerado un factor de riesgo primordial para el desarrollo de la depresión pos-parto en un 65% (Borda, 2013).

Según reportes de la Organización Mundial de Salud en el 2001, ubicaba a la depresión como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, señalando que para el año 2020 estaría en segundo lugar, sin embargo, en la actualidad ocupa el primer lugar (Poy, 2008). Ahora la depresión postnatal es considerada como una dificultad de salud estatal, mientras que la depresión durante el embarazo, recibe menos atención. Aunque los resultados demuestran un incremento hasta el 38% en las gestantes de nivel socioeconómico bajo. (Lara y Navarrete, 2012).

Este estudio se hace importante debido a que otros estudios confirmarían que la depresión influye en la salud del feto, así por ejemplo en la investigación que realizara el

Instituto de Psiquiatría y Neurología de la Universidad King's College de Londres, citado por Passarinho (2018), afirma que los bebés con madres que tuvieron niveles altos de depresión producían mayor cantidad de cortisol a diferencia de otros bebés cuyas madres tenían menos niveles de depresión.

La depresión en gestantes, produce cambios en el cuidado del embarazo, como el abandono de los controles prenatales, descuido de su alimentación, la mala aceptación a las recomendaciones médicas, también el abuso de tabaco, alcohol y drogas, que afectan el parto. (Jadresic, 2010). La depresión está identificada como un problema de salud, pero los profesionales de salud, muchas veces no la diagnostican, por lo cual no es tratada a tiempo. Así mismo no se precisa la relación real, según (Luna, Salinas y Figueroa, 2009)

A nivel de Perú no se han realizado muchos estudios en cuanto a la depresión en gestantes. Que, Bao, Vega y Saona (2010) mencionan que un 37,4% de gestantes de la ciudad de Lima presentaron depresión. Así mismo el organismo de las naciones unidas (ONU, 2011) existe una gran probabilidad hasta del 57%, de que las mujeres embarazadas en depresión gesten hijas e hijos con menor peso y altura.

En cuanto a la ciudad de Huancavelica no se ha realizado ningún trabajo de investigación en cuanto a la depresión en gestantes, pero al revisar el aplicativo de atenciones en el Centro de salud de Santa Ana, se encontró un 20% de gestantes que acuden al servicio de Psicología desarrollaron depresión, así mismo ninguna tuvo intento de suicidio; esto último fue referido de forma verbal por los trabajadores.

1.2 Delimitación del problema

• **Social:** Este trabajo se centró en madres gestantes atendidas en el III trimestres del año 2016. La población del distrito de Santa Ana es de 2 157 habitantes en un área de 622,1

km². Altura sobre el nivel del mar de 4 501 m. Con un gran porcentaje de pobreza y extrema pobreza. La agricultura y la ganadería destacan como actividades de producción.

• **Espacial:** Nuestro estudio se realizó en el Centro de Salud de Santa Ana, ubicado en el barrio de Santa Ana, Provincia de Huancavelica, departamento de Huancavelica. La dirección es Av. Los Chancas 796.

• **Temporal:** La presente investigación se realizó periodo 2016 al 2017. Desde agosto del 2016 a diciembre del 2017.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema General

¿Cuál es el nivel de depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de depresión en los síntomas cognitivo – afectivo en gestantes atendidas en el centro de salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en los síntomas somático y motivacional en gestantes atendidas en el centro de salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016?

1.4 Justificación

1.4.1. Social

La presente investigación es de gran relevancia en madres gestantes del centro de Salud de Santa Ana, por ser una zona con muchos factores de riesgo para la salud de la población, pobreza, escases de profesionales de la salud, desnutrición, violencia familiar, sumados los cambios propios de la gestación.

Las madres gestantes al saber el nivel de depresión que muestran durante el III trimestre, podrán tener en cuenta su estado de ánimo o reacciones emocionales. Y los

profesionales de salud teniendo esta información podrán entender la importancia de acompañar en este proceso a las usuarias en el centro de Salud de Santa Ana.

1.4.2. Teórica

Los profesionales de la salud, medico, obstetras, psicólogos entre otros, tienen como función la prevención y promoción de la salud mental y física de los usuarios que acuden al Centro de Salud de Santa Ana, como de la población en general. Conociendo los niveles de depresión se podrá ampliar, consolidar o refutar las teorías sobre la depresión en gestantes.

Diferentes estudios han demostrado que la depresión en gestantes está en un incremento de hasta el 38% entre quienes tienen bajo nivel socioeconómico (Lara y Navarrete, 2012) y la depresión pre-natal sin atención profesional es un factor de riesgo determinante para la aparición de la depresión posparto hasta en un 65% (borda, 2013).

1.4.3. Metodológica

El empleo de la metodología científica en este trabajo hace que los profesionales consigan resultados de temáticas importantes para la salud mental, fortaleciendo la investigación y consolidación de las teorías de la depresión en un contexto rural y población gestante. Así mismo será base para investigaciones de nivel experimental, ya que, al conocer los niveles de depresión, se puede plantear tratamientos o programas que disminuyan los niveles altos de depresión.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Describir los niveles en los síntomas cognitivo - afectivo en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.
- Describir el nivel en los síntomas somático y motivacional en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 A nivel Internacional

Pereira de Melo (2019) “*Ansiedad y depresión en los adolescentes brasileños de enseñanza media: comparación con la población española*”. Universidad Pontificia de Salamanca, España. Para optar el grado de doctor. El objetivo es conocer el nivel de ansiedad y depresión en alumnos de educación secundaria. La muestra fue realizada en una muestra de 447 alumnos entre 13 a 18 años. Con un muestreo no probabilístico incidental 13 a 18 años. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión infantil (CDI) y el inventario de ansiedad del estado rasgo (STAI). El estudio fue descriptivo, transversal, comparativo y cuantitativo. Obteniendo el resultado que el género está relacionado con los niveles de ansiedad y depresión en los alumnos de educación

secundaria y la edad también está relacionada con el índice de ansiedad y depresión en adolescentes.

Olivera (2018) “*Ansiedad y depresión y su relación con la percepción del tiempo*”. Pontificia Universidad Católica Argentina. Para obtener el título de licenciatura. El objetivo fue correlacionar ansiedad, depresión y perspectiva de tiempo. El estudio fue correlacional y transversal. Con una población de 80 sujetos de 18 a 60 años. Se utilizó los instrumentos ZTPI, el STAI-R y BDI-II. Resultando en depresión, niveles mínimos, en los individuos encuestados. Se concluye que hay asociaciones entre la perspectiva temporal y las sintomatologías de ansiedad rasgo, y depresión.

Ruiz (2016) “*Prevalencia de trastornos depresivos en consultantes del centro de salud Pueyrredón de la Ciudad de Córdoba*”. Universidad Nacional de Córdoba. Para obtener el grado de maestra. Objetivo logrado fue valorar la prevalencia de la depresión en pacientes adultos con problemas de salud. La muestra estuvo conformada por 73 pacientes, entre 19 a 69 años. Para los resultados se tomó el cuestionario de salud GHQ 12. El método fue un estudio epidemiológico. Cuyos resultados fueron, el 32.8% de la población evaluada presentó un nivel de sintomatología depresiva. Se concluye, que la depresión es un problema altamente significativo en la población que es atendido en el centro de atención primaria en salud y que afecta a las mujeres mayores de 35 años.

Garay (2015) “*Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado*” Universidad Iberoamericana de México. Para obtener el grado de Doctora. El objetivo fue estudiar dos grupos de mujeres, para conocer las diferencias y qué relación tiene los niveles de autoestima, presión y estrés. La población estaba conformada por 444 mujeres de la

ciudad de Toluca, 229 de estas mujeres tenían trabajo remunerado y 215 trabajo no remunerado. Se evaluó con la escala para la depresión de Zung. Se concluye que existe diferencia significativa entre las mujeres que tiene un trabajo remunerado y las mujeres que tienen un trabajo no remunerado.

Corona (2014). Establece en la tesis "*Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la UMF 92 en el periodo enero a diciembre 2012*". De la universidad Autónoma del Estado de México. Para la obtención de la especialidad en medicina familia. Cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas. Estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, transversal. Se evaluó con la escala de depresión de Zung. En la población de 76 pacientes adolescentes embarazadas. Cuyos resultados fueron, 68% no tienen depresión, 22% tienen depresión leve, y 9% tienen depresión moderada. El índice mayor de depresión se da entre la semana 27 a 40. La conclusión fue que las gestantes embarazadas con mayor depresión tienen 17 años de edad, y se encuentran en el segundo trimestre de gestación. Así mismo cuentan con una relación de pareja y son del estado civil soltero.

2.1.2 A nivel nacional

Martina (2018) en su tesis "*Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el adulto mayor según la encuesta demográfica y de salud familiar 2014-2015*" Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Para optar el grado de Doctor. El objetivo general fue estimar frecuencia y los factores asociados al síndrome depresivo, consumo de alcohol y violencia familiar. Con un diseño trasversal y comparativo. En una población de adultos mayores, 5270 adultos de ENDES 2014 y 6141 adultos de ENDES 2015. Se evaluó con el cuestionario de salud, sección VII de salud mental. Los resultados fueron que existe prevalencia de depresivo mayor de 6,7% y 8,1%. Consumo

de licor 0.8% y 0.6 y violencia familiar de 1,6% y 0.9%. Se concluye que el problema más frecuente del adulto mayor fue la depresión mayor que en un año se incrementó de 6.7% a 8.1%. La depresión mayor fue estadísticamente elevada en las mujeres, en adultos mayores sin instrucción y que se encuentren en la condición económica de pobreza. Finalmente, la depresión se asocia al consumo problemático de alcohol y violencia familiar.

Santa María (2018) En su tesis ansiedad – depresión y el desempeño académico en los alumnos de medicina humana de la UPLA”. Universidad Peruana Los Andes. Ciudad de Huancayo. Para optar el título de médico Cirujano. El objetivo general fue determinar la relación entre trastorno de ansiedad o trastorno de depresión y el desempeño académico en estudiantes de la facultad de medicina humana de la Universidad Peruana Los Andes. Metodología, estudio observacional, correlacional. Se utilizó los instrumentos Escala de auto evaluación de ansiedad y la escala de autoevaluación de depresión Zung. Este estudio estuvo conformado por 133 estudiantes de la facultad de medicina de la UPLA. Resultados, se obtiene los niveles de depresión: Ausencia 29 21,69%, Leve 39 29,19%, Moderado 40 29,92%, Severo 23 17,20% y Crónico 2 2,00%. Conclusión, los estudiantes de la facultad de medicina humana de la Universidad Peruana Los Andes con trastorno depresivo presentaron resultados negativos sobre su desempeño académico en el año 2018.

Saldaña (2017) tesis “Experiencia emocional de la paternidad ante la sintomatología depresiva e intento suicida del hijo adolescente”. Pontificia Universidad Católica Del Perú. Tesis para optar el título de licenciado en psicología. Cuyo objetivo fue conocer la experiencia emocional de cinco padres. El método utilizado un enfoque cualitativo fenomenológico. Se utilizó los instrumentos para obtener los datos, la entrevista semiestructurada y el test de frases incompletas. La muestra estuvo

conformada por cinco padres de adolescentes que fueron atendidos en consulta externa en un hospital psiquiátrico de Lima. En esta muestra se encontraron que los evaluados vivencias emociones de tristeza, culpa, rabia e impotencia. Se concluye que la sintomatología depresiva y el intento de suicidio de los evaluados fueron un punto de inflexión en el ejercicio de la paternidad en los varones participantes.

Ramón y Montero (2016). Tesis “niveles de depresión en escolares de una institución educativa nacional en Pampas, Tayacaja, Huancavelica, 2016”. Realizada en la Universidad Peruana Los Andes, para optar el título de Psicólogo. Cuyo objetivo es para determinar los niveles de depresión en los alumnos de una institución educativa nacional de Pampas, de la provincia de Pampas del distrito de Tayacaja del departamento de Huancavelica. La metodología fue descriptivo, transversal. Se utilizó el cuestionario para niños (CDS) M. Lang y M. Tisher. La muestra estaba conformada por 93 escolares. El 35% de los alumnos presentan depresión, seguido de depresión moderada 32%, e igual porcentaje de adolescentes no presentan indicadores de depresión. Concluyendo que los niveles de depresión son en un 33%, el sexo femenino presenta mayor tendencia a la depresión que los varones, aunque la diferencia no es significativa y no hay relación entre las variables.

Damas y Manrique (2018). En la tesis Niveles de sintomatología depresiva en alumnos de tercer grado de secundaria de la Instituciones educativas de la ciudad de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017. . De la Ciudad de Huancayo. Para optar el título profesional de Psicóloga. Su objetivo fue comparar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017. En una muestra de 377 alumnos de ambos géneros que se encuentran cursando el tercer grado de secundaria. Metodología de nivel descriptivo comparativa y diseño no experimental transversal. El

instrumento que se utilizó fue el inventario de depresión infantil de Kovacs CDI. Los resultados la sintomatología depresiva prevalente en la muestra total es la categoría diagnóstica alta. Conclusión, los estudiantes de la ciudad de Huancavelica poseen mayor porcentaje de sintomatología depresiva alta, con edad prevalente de 13 años y género masculino; los de la ciudad de Huancayo presentan un mayor porcentaje de sintomatología depresiva baja, con prevalencia del género masculino y alumnos de 13 años; mientras que en los de la ciudad de Satipo prevalecen la sintomatología depresiva alta, género femenino y edad de 15 años.

2.2 Bases teóricas o científicas

2.2.1. Definición

Novoa (2002) precisa a la depresión como una situación emocional de desfallecimiento, tristeza, sentimientos de soledad, desmotivación, retraso motor y fatiga. La depresión como síndrome o trastorno, es un padecimiento muy común en las personas, mientras que la depresión como síntoma es más intensa y larga que interfiere en las actividades de la persona y algunos síntomas se manifiestan con el exceso en el dormir, cambios en los hábitos alimenticios y conductas negativas.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (s.f.) define a la depresión como un trastorno mental habitual que se caracteriza por la presencia de tristeza, falta de autoestima, sentimientos de culpa, sensación de cansancio, trastorno de sueño o del apetito y falta de concentración.

Beck, Rush, Shaw, y Emery, (2010) Es un alteración del estado de ánimo caracterizado por una tristeza frecuente, disminución de la autoestima, pérdida del intereses sociales, familiares e individuales, afectando las áreas afectiva, cognitiva y física, manteniendo una visión negativa de sí mismo como incapaz e inútil e incluso

despreciable o defectuoso con respecto a su entorno, interpretando en términos de daños y pérdidas, hacia el futuro se adelanta a pensar que sus actividades estarán acompañados de fracasos y frustraciones.

Para CIE- 10, (2004). La depresión es un trastorno mental caracterizado por un estado de ánimo de constante tristeza, donde la capacidad de disfrutar, interesarse y concentrarse se reduce presentando sentimientos de culpa o inutilidad, baja autoestima, irritabilidad acompañado de síntomas somáticos como el cansancio, agitación, pérdida del apetito, disminución de la libido, enlentecimiento psicomotor y otros signos y síntomas relacionados a la depresión.

2.2.2. Teorías sobre la depresión

2.2.2.1. Teoría conductual

Según Bennet (citado por Martínez, 2008) manifiesta que la depresión es el resultado de escasos reforzadores positivos. Así mismo ocurren cambios en las recompensas y castigos que recibe los individuos a lo largo de sus vidas, y para poderlos socorrer es necesario establecer patrones más favorables de reforzadores.

Otros autores ven en la depresión como una consecuencia de la escasa frecuencia del reforzamiento social como, por ejemplo: el dinero, prestigio o amor. (Sarason y Sarason 1975, citado por Martínez, 2008)

2.2.2.2. Teoría cognitiva

La teoría cognitiva divide la depresión en cuatro elementos según: Primero, la triada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Segundo, Los pensamientos automáticos. Tercero, errores de percepción y el procesamiento de información. Y finalmente, Disfunción en los esquemas.

La primera hace referencia a formar una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro, que el individuo esta en depresión porque el contenido cognitivo en estos tres momentos es negativo. Es un individuo incapaz e indeseable, solo ve obstáculos mentales si solución, frustrándose y entrando en desesperación. (Beck, 1967; citado por Vázquez et at)

Mientras que los pensamientos negativos, son aquellas que el paciente deprimido no se percata como interpreta, son repetitivos e involuntarios, que son de característica negativos. Y cuando la depresión es grave, los pensamientos negativos se vuelven parte del conocimiento consiente. (Beck, 1991)

2.2.2.3. Teoría biológica

Se enfatiza la importancia del sistema neuroquímico del cerebro. Existen algunos neurotransmisores del sistema nervioso central: Serotonina, dopamina, indolamina, acetilcolina y noradrelina (Friedman y Thase, 1995; citado por Vázquez, Mulos y Becoña, 2000).

Estos teóricos refieren que la depresión es causada por una alteración en la regulación de la facilitación e inhibición conductual, así como también, en la respuesta ante el estrés, procesos biológicos procesamiento ejecutivo cortical de la información.

2.2.2.4. Teoría psicoanalítica.

Esta teoría propone que cuando el individuo pierde a un ser querido, algo simbólico o imaginario. La depresión se puede manifestar por las autocríticas y la autoestima baja. Esto se da como consecuencia cuando la persona posee muy poca fe y confianza. Las capacidades que posee este, crea sentimientos de culpa que se

vuelven incontrolables acompañados de pensamientos negativos con tristeza. (Freud, 1917; citado por Vicent, 2011)

2.2.2.5. Teorías psicosociales

Corner, 2001 (Citado por Martínez, 2008) considera que existen correlación entre la depresión y ciertos factores como la cultura, la raza y el apoyo social.

Díaz y Torres (2006) refiere que la separación matrimonial, pertenecer a clases inferiores, estado civil divorciado, pobreza o extrema pobreza, falta de empleo, vivir aislado, dificultades con la familia, entre otros. Constituyen las causas sociales para la aparición de la depresión.

Así mismo (Corner, 2001; citado por Martínez, 2008) establece que existe una alta prevalencia para las mujeres que para los hombres. Esto tiene una razón sociocultural que mantienen las complejidades de los roles de la mujer en la sociedad predisponen a la depresión.

Según estos autores, resaltamos que existen factores de riesgo relacionados a la depresión, como son: La separación matrimonial, dificultades familiares, inadecuada situación económica. Así mismo la prevalencia en las mujeres, las cuales para fines de esta investigación están siendo consideradas y poder establecer cuales están prevalentes.

2.2.3. Causas

Para Knittel (2007) la genética, la biología y el medio ambiente contribuyen al desarrollo de la depresión, las causas genéticas incluyen una susceptibilidad hereditaria a la depresión, las causas biológicas están relacionadas a las fluctuaciones hormonales y las razones medioambientales están vinculados al estrés o situaciones emocionales tristes.

San Molina y Arranza (2010) consideran que hay factores que nos hacen susceptibles a este trastorno como por ejemplo: Los genes, la familia, estilo de pensamientos, personalidad, género, enfermedades crónicas, problemas económicos. Pero también existen factores que pueden ocasionar depresión, tales como: Estrés, presencia de enfermedad médica, sucesos estresantes en la etapa de vida y uso de fármacos.

Beck (1979) indica que la depresión es la consecuencia inmediata del modo de performance de pensar y razonar del individuo. La falta de motivación, la pobre imagen de sí mismo, el afecto negativo o la pasividad son manifestaciones secundarias, por interpretar la realidad de modo erróneo y actuar sobre estos errores.

2.2.4. Factores desencadenantes

Para Lucas (2005) indica que la muerte de un ser querido, la separación, el divorcio, mudanzas, problemas de trabajo, situaciones traumáticas o conflictivas, problemas económicos son factores desencadenantes de la depresión.

Las dificultades y trastornos mentales en las mujeres pueden ser consecuencias de los problemas de salud reproductiva, tales como: la falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, infertilidad o complicaciones en el embarazo, los abortos, parto prematuro, Se puede decir entonces que la salud mental está ligada con la morbilidad materna. (Luna, Otárola, Almendras, Jara y Chuquizuta; 2006).

Finalmente, la salud mental depende de las condiciones sociales. Las mujeres están en mayor riesgo de enfermedad en la salud mental, por tener una mayor carga de trabajo no remunerado, relacionado con la crianza de los hijos y tareas de hogar. (Araya, 2001)

2.2.5. Cuadro clínico:

Chinchilla (2008) basado en el Clasificación Internacional de las Enfermedades, menciona que los malestares son pérdida de interés o capacidad de disfrutar de acciones precedentemente placenteras, disipada de reactividad emocional ante situaciones ambientales placenteras, trastorno del sueño, dificultad en la atención y concentración, humor depresivo, inhibición o agitación psicomotriz, trastorno del apetito, pérdida de la libido, ideas o intentos de suicidio.

2.2.6. Niveles de depresión y diagnóstico

Conforme al manual original del BDI-II, de Beck (1979) se propone que la depresión se mide bajo los siguientes niveles: depresión mínima (0 – 9), depresión leve (10-18), depresión moderada (19 – 29), depresión severa (>30).

Podemos apoyarnos también en lo referido por la OMS quien explica que en psiquiatría se basan en dos sistemas de clasificaciones, la primera está dada por la Clasificación Internacional de enfermedades décima versión CIE – 10, el cual pertenece a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la segunda es la de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA).

Es necesario plantear diagnósticos de depresión considerando tres niveles de gravedad. De esto último que el primer nivel planteado por Beck como depresión mínima, no sería en sí mismo depresión sino estados de ánimos considerados como normales.

En cambio, la depresión leve: presentará de dos o tres síntomas; por lo general la persona afectada puede seguir con las actividades que realiza. Según Zarragoití (2011) el estado depresivo, la pérdida de interés y la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatiga suele considerarse los siguientes síntomas comunes, y por lo menos dos de estos tres debe estar presentes para realizar un diagnóstico.

Por consiguiente, en la depresión moderada, estará presente como mínimo dos de los tres síntomas más frecuentes, y para un diagnóstico a este nivel deberán estar presente preferiblemente cuatro síntomas, mostrándose de una manera más intensa presentando problemas para realizar sus actividades ordinarias, como el de relacionarse en sociedad, o en su trabajo, o tal vez en su quehaceres domésticos y relaciones familiares. (Zarragoití, 2011)

En cuanto a la depresión grave, este presentará varios síntomas que son marcados, tales como el auto desprecio, la culpa, las ideas o actos suicidas, la persona no podrá realizar sus actividades ordinarias. Y este nivel se puede presumir que el paciente tiene síntomas somáticos que alterarían su vida en general. (Zarragoití, 2011)

2.2.7. Factores desencadenantes

En el embarazo, los factores asociados a la de presión son: antecedentes de depresión, ser adolescente, bajo nivel socioeconómico, ser ama de casa de tiempo completo, problemas en la familia, ser madre soltera, embarazo no deseado y falta de apoyo social. (Ceballos, 2010).

2.2.8. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que pueden desarrollar la depresión en la embarazada según el MINSAL, 2014, son:

- Ansiedad materna
- Acontecimientos vitales estresantes
- Antecedentes personales de depresión
- Falta de apoyo social
- Violencia domestica

- Embarazo no deseado
- Mala relación de pareja.

2.2.9. Cuadro clínico

Basándonos en el DSM IV, los signos y síntomas que proporcional a la descripción de la depresión para sus diagnostico son: severidad y duración.

Se considera la observación del comportamiento y el desenvolvimiento social. Estos también se aplican en las mujeres embarazadas. Sin embargo, los criterios del DSM IV son amplios y el efecto del embarazo no han sido tratados en el sistema de clasificación diagnostica (Luna, 2006).

2.2.10. Complicaciones

La depresión durante la gestación trae efectos negativos o consecuencias en el feto, por ejemplo: un elevado nivel sérico de cortisol, alteraciones en el funcionamiento hipofisario – suprarrenal y del sistema de endorfinas, la presencia de estos efectos está asociados altamente al nacimiento prematuro, menor peso y menor grado de actividad fetal. (Lartigue, 2001).

El inadecuado manejo de la depresión trae como resultado una carga física, social y económica en la gestante, su familia y el sistema de salud. Así mismo la depresión en la gestante genera cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro de autocuidado que necesita la madre gestante. Mala adherencia a las indicaciones del médico. Es una puerta abierta para el abuso de tabaco, alcohol y drogas, que afecta al feto y desenlace obstétrico. (Wolff, 2009)

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Definición de la depresión

Para Beck (1983) conceptualiza la depresión como un trastorno del estado de ánimo, donde la persona está atrapado en pensamientos distorsionados, que ponen en riesgo su salud psíquica. Esta combinación presenta nociones específicas:

- La triada cognitiva que está formada por la visión negativa de uno mismo, la interpretación negativa de las experiencias y la visión negativa del futuro.
- Los esquemas cognitivos componen la base de la precisión de las interpretaciones.
- Los errores en el procesamiento de la información están compuestos de la indiferencia arbitraria, la generalización excesiva, lo catastrófico, la abstracción selectiva, el pensamiento dicotómico y absolutismo.

2.3.2. Dimensiones

2.3.2.1. Síntomas cognitivo – Afectivo

Es habitual en las personas que sufren depresión tener síntomas cognitivos. Los pacientes se quejan seguidamente de problemas al concentrarse, estar distraídos, incapacidad para llevar a cabo tareas habituales, olvidos frecuentes. Todo esto provoca dificultades intelectuales en los pacientes que incapacitan el desempeño en las áreas laborales.

Dentro de estos factores se encuentran las preguntas sobre, tristeza, pérdida de placer, pesimismo, sentimientos de fracaso, sentimientos de culpa, insatisfacción con uno mismo, deseos suicidas, autocríticas, llanto y pérdida de sí mismo. (Beck, 1983).

2.3.2.2. Síntomas somáticos y motivacional

La persona con depresión manifiesta dolores físicos, quejas, manifiesta malestar, sentirse mal y todo esto relacionado con alguna causa orgánica que los médicos no pueden explicar. El 69% de los pacientes con depresión solo comunican síntomas somáticos, lo que retrasa el diagnóstico. Así mismo manifiesta pérdida del interés sexual, fatiga, palpitaciones, siendo más complicado porque el dolor varía de una consulta a otra, por ello no funcionan los analgésicos, así como que cualquier molestia o sensación de cansancio y desánimo dure más de dos semanas, estos malestares deben de poner en alerta al médico que su origen no es orgánico, sino posible depresión. Por ello se tienen los ítems en esta dimensión: Agitación, pérdida de interés, indecisión, cansancio físico o fatigabilidad, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, falta de apetito, dificultades para concentrarse y fatiga. (Beck, 1983).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis general

H₁: Existe un porcentaje alto en el nivel moderado de depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

H₀: No existe un porcentaje alto en el nivel moderado de depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

3.2 Hipótesis específicas

H_{e1}: Existe un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas cognitivo – afectivo en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

H_{o1}: No existe un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas cognitivo – afectivo en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

H_{e2}: Existe un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas somáticos y motivacional en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

H02: No existe un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas somáticos y motivacional en gestantes atendidas en el centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

3.3 Variable

3.3.1. Definición conceptual

Beck (1983) manifiesta que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde el individuo es atrapado por sus pensamientos distorsionados, que afectan su salud psíquica.

3.3.2. Definición de las Dimensiones

A. Síntomas cognitivo- Afectivo

Es toda la sintomatología que provoca dificultades en el área cognitivo – afectivo: aquí se encuentra la tristeza, el pesimismo, los sentimientos de fracaso, perder el placer. Sentimientos de culpa, insatisfacción con uno mismo, autocríticas, pensamientos o deseos suicidas, llanto y pérdida de la estimación de uno mismo. (Beck, 1983)

B. Síntomas somáticos y motivacional

Son los síntomas que se ven reflejadas como quejas, dolores o sentirse mal físicamente, sin orígenes fisiológicos. Aquí se encuentran la agitación, pérdida de interés, indecisión, cansancio físico o fatigabilidad, insomnio, falta de apetito, dificultades de concentración y cansancio o fatiga. (Beck, 1983)

3.3.3. Definición operacional

Se evaluó la depresión con el inventario de depresión Beck II, versión del 2011 consta de 21 ítems. Que mide las dimensiones de síntomas cognitivo – afectivo (Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 14) y síntomas somáticos y

motivacional (Ítems: 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19 y 20). Que considera los niveles de Depresión en: Mínima, leve, moderada y severa.

Tabla 1. *Operacionalización de variable*

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala (Por dimensión)	Escala (Nivel de medición)
Nivel de depresión	Síntomas Cognitivos - Afectivos	1. Tristeza	1		
		2. Pesimismo	2		
		3. Sentimientos de fracaso	3		
		4. Pérdida de placer	4	00 – 03: Mínima	
		5. Sentimientos de culpa	5	04 – 07: Leve	
		6. Sentimientos de castigo	6	08 – 11: Moderada	
		7. Insatisfacción con uno mismo	7	12 – 30: Severa	
		8. Autocríticas	8		00 – 13: Depresión Mínima
		9. Pensamientos o deseos suicidas	9		14 – 19: Depresión leve
		10. Llanto	10		20 – 29: Depresión moderada
		14. Pérdida de estimación de sí misma	14		>30: Depresión severa
		11. Agitación	11		
		12. Perdida de interés	12		
		13. Indecisión	13		
	Síntomas somáticos y motivacional	15. Cansancio físico o fatigabilidad	15	00 – 06: Mínima	
		16. Cambios en el patrón de sueño	16	07 – 09: Leve	
		17. Irritabilidad	17	10 – 11: Moderada	
		18. Cambio en el apetito	18	12 – 27 : Severa	
		19. Dificultades de concentración	19		
		20. Cansancio o fatiga	20		
		21. Trastorno de la libido	21		

Fuente: Cuestionario de depresión de Beck II

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de investigación

Esta investigación está basada en el método científico porque implica una serie de operaciones procedimientos a seguir para llegar a una meta, que se organizan en pasos o etapas. (Sánchez y Reyes 2017).

Método descriptivo porque en este trabajo se identificará y conocerá la naturaleza de una situación en la medida en que ella existe durante el tiempo del estudio, por lo cual no hay control manipulativo o tratamiento específico. (Sánchez y Reyes, 2017)

4.2. Tipo de investigación

El trabajo de investigación es de tipo básica, porque busca nuevos conocimientos y nuevos lugares de aplicación. Teniendo como premisa establecer información de la realidad con el objetivo de ampliar el conocimiento científico, sin preocuparse por la aplicación práctica de nuevos conocimientos. (Sánchez y Reyes, 2017).

4.3. Nivel de investigación

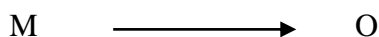
Teniendo en cuenta a Sánchez y Reyes (2017) se establece que este trabajo fue de nivel descriptiva, porque está orientada a determinar un hecho o fenómeno mediante el estudio de estas circunstancias en un tiempo y espacio determinado.

4.4. Diseño de la investigación

Tomando a Sánchez y reyes (2017), manifiestan que esta investigación fue de diseño descriptivo simple, porque busca información sincrónica con respecto a un contexto previamente determinado. Por lo cual no se administra o controla la variable o fenómeno con un tratamiento, ni asociándolas con otras variables de interés. Considerando entonces que nuestro diseño es descriptivo simple.

Figura 1. *Esquema del diseño*

Esquema descriptivo simple



Donde:

M: Muestra conformado por 83 gestantes.

O: Evaluación del inventario Beck II

4.5 Población y muestra

4.5.1. Población y muestra

En este caso se determina a la población como un grupo en que todos los participantes concuerden con una cantidad de especificaciones iguales. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Para nuestro trabajo la población estuvo conformada de 83 gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III

trimestre del 2016. Dado que la población fue pequeña es menor de 100, se aplicó muestra censal.

4.5.2. Muestreo

El muestreo es Censal, es decir se consideró la evaluación de todos los integrantes, ya que como bien lo explica Ramírez (2018). una muestra censal es aquella donde el universo de las unidades de investigación es en paralelo población y muestra. Además, Hayes (1999) indica que el muestreo de tipo censal se puede desarrollar cuando se cuenta con una base datos de fácil acceso.

Por lo cual no se considera criterios de inclusión o exclusión.

4.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos

4.6.1 Técnica

Se utilizó la encuesta, Según, Ñaupá, Mejía, Novoa y Villagómez (2014) es el conjunto de preguntas formuladas de forma sistemática, preguntas establecidas para medir la variable en función a la hipótesis.

4.6.2 Instrumento

Se empleó el inventario de depresión de Beck II, conocido por las siglas BDII, siendo el autor Aarón Beck, Robert Steer y Gregory Brown, cuya fecha de última revisión del test en su adaptación española fue el año 2011 consta de 21 ítems.

Ficha técnica de inventario de depresión Beck II

Objetivo	: Evaluación de síntomas depresivos
Edad	: A partir de los 13 años
Normas	: Puntuación según el corte de severidad
Tipo de administración	: Individual y colectiva.

Tiempo de administración : de 10 a 15 minutos.

4.6.2.1. La confiabilidad

Es de 0.810 por el método de Alfa de Cronbach, lo que significa que el instrumento es altamente confiable por lo que es aceptable para un inventario. Recordemos que el Alfa de Cronbach, es el grado de confiabilidad del instrumento, es decir, permite conocer su solidez interna. (Hernández, Fernández y Batista, 2010).

La confiabilidad del instrumento se logró con una prueba piloto en una muestra de 20 gestantes del Centro de Salud San Cristóbal, población similar a la muestra de estudio. Siendo su alfa de Cronbach de 8.71. considerándose confiable.

4.6.2.2. La Validez

Se obtuvo con el juicio de expertos o criterio de jueces, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 2. Resultados del juicio de expertos

Jurado	Resultado
Mg. Christian Miguel Lara Torres	Valido
Mg. Edith Breña Vargas	Valido
Mg. Vilma Rossana Jesús Poma	Valido

4.6.2.2. Baremo de calificación

Figura 2. Puntajes de niveles de depresión

Grados de depresión	BDI-II original	Adaptación española del BDI-II
	Basados en las curvas ROC (Beck et al., 1996, p. 11)	Basados en las curvas ROC (este estudio)
Mínima	0-13	0-13
Leve	14-19	14-18
Moderada	20-28	19-27
Grave	29-63	28-63

Figura 3. Puntajes de las dimensiones

Cognitivo-afectivo	Total	Somático-motivacional
0-3 Mínimo	0-10 Mínimo	0-6 Mínimo
4-7 Leve	11-15 Leve	7-9 Leve
8-11 Moderado	16-21 Moderado	10-11 Moderado
12-30 Severo	22-57 Severo	12-27 Severo

4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó la estadística descriptiva tales como puntaje promedio, análisis de frecuencia, porcentajes con tablas de contingencia, haciendo uso del procesador estadístico SPSS 25 y el programa estadístico del Microsoft Office Excel.

Para, Hernández y otros (2010) la estadística descriptiva presenta tablas de frecuencia, gráficas de barras, gráficas circulares, de esta manera la recolección de datos se ha organizado en lo arriba mencionado, asimismo indica que el procesamiento y análisis de datos se centra en la interpretación de resultados.

4.8 Aspectos éticos de la investigación

Art. 27°. Principios que rigen la actividad investigativa

- a. Se respeta la dignidad humana, la diversidad, la libertad, la confidencialidad y la privacidad de las personas involucradas en el proceso de investigación.
- b. Se toma en cuenta la voluntad informada, libre, inequívoca y específica, mediante la cual las personas como sujeto de investigación o titular de los datos consisten en el uso de la información para los fines específicos establecidos en este proyecto de investigación.
- c. Se asegura el bienestar e integridad de las personas que participan en la investigación, no se debe causar daño físico ni psicológico, ni se tiene efectos adversos.
- d. Esta investigación no realizara acciones lesivas a la naturaleza y a la biodiversidad.
- e. Se considera la responsabilidad en relación con la pertinencia, los alcances y las repercusiones de la investigación, tanto a nivel individual e institucional, como social.

f. Garantizamos la veracidad de la investigación en todas las etapas del proceso, desde la formulación del problema hasta la interpretación y la comunicación de los resultados y respeto por la propiedad intelectual.

Art. 28°. Normas de comportamiento ético de quienes investigan

a. Se está realizando una investigación coherente con las líneas de investigación Institucional.

b. Aseguramos la validez, la fiabilidad y credibilidad de sus métodos, fuentes y datos.

d. Garantizamos la confidencialidad y anonimato de las personas involucradas en la investigación.

e. Reportar los hallazgos de la investigación de manera abierta, completa y oportuna a la comunidad científica; así mismo devolver los resultados a las personas, grupos y comunidades participantes en la investigación cuando el caso lo amerita.

f. La información obtenida no se utilizará para el lucro personal, ilícito o para otros propósitos distintos de los fines de la investigación.

g. Cumpliremos con las normas que velan por la protección de los sujetos humanos, sujetos animales y la protección del ambiente.

h. Revelaremos los conflictos de intereses que puedan presentarse en sus distintos roles como autor, evaluador y asesor.

i. No se incurrirá en las siguientes faltas deontológicas: Falsificar o inventar datos total o parcialmente con fines de ajuste, tergiversar o sesgar los resultados de la investigación

CAPÍTULO V

RESULTADOS

El resultado obtenido del procesamiento de datos se ha plasmado en las tablas de frecuencia y graficado en barras, para su mejor entendimiento y presentación.

5.1 Descripción de resultados

5.1.1 Resultados de los niveles de depresión

Tabla 3. *Niveles de depresión*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	24	29%
Leve	33	40%
Moderada	23	28%
Severa	3	3%
Total	83	100%

Fuente: Elaboración propia

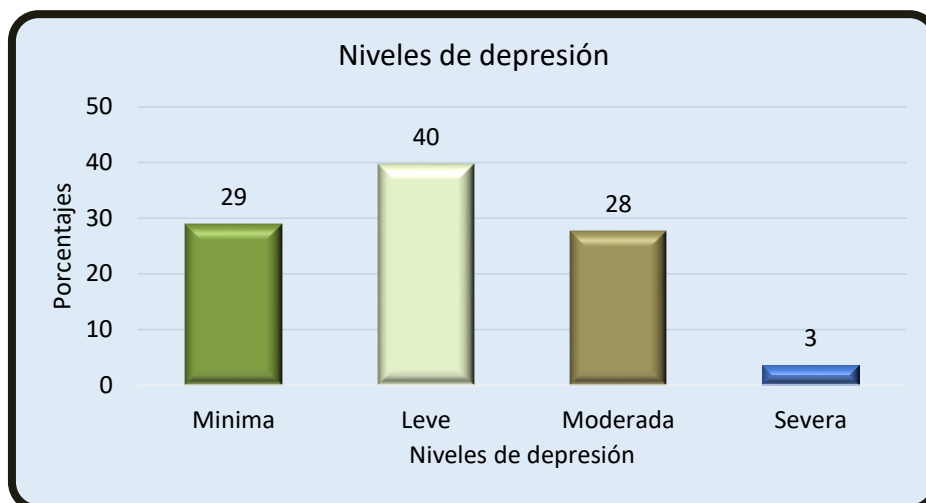


Figura 4. *Niveles de depresión*

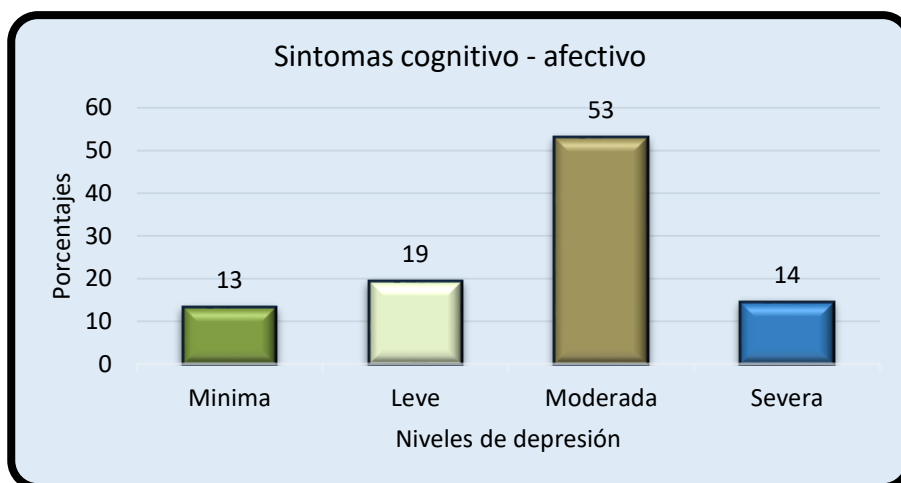
De la tabla 3 y figura 2, se tiene 24 gestantes con nivel de depresión mínima, que representan en 29%. También se tiene 33 gestantes con depresión leve, que representan el 40%. Así mismo se tiene 23 gestantes con depresión moderada, que representan el 28%. Finalmente, se tiene 3 gestantes con depresión severa, que representan el 3%.

5.1.2 Resultados sobre la dimensión síntomas cognitivo – afectivo

Tabla 4. *Niveles en la dimensión cognitivo – afectivo*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	11	13%
Leve	16	19%
Moderada	44	53%
Severa	12	14%
Total	83	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

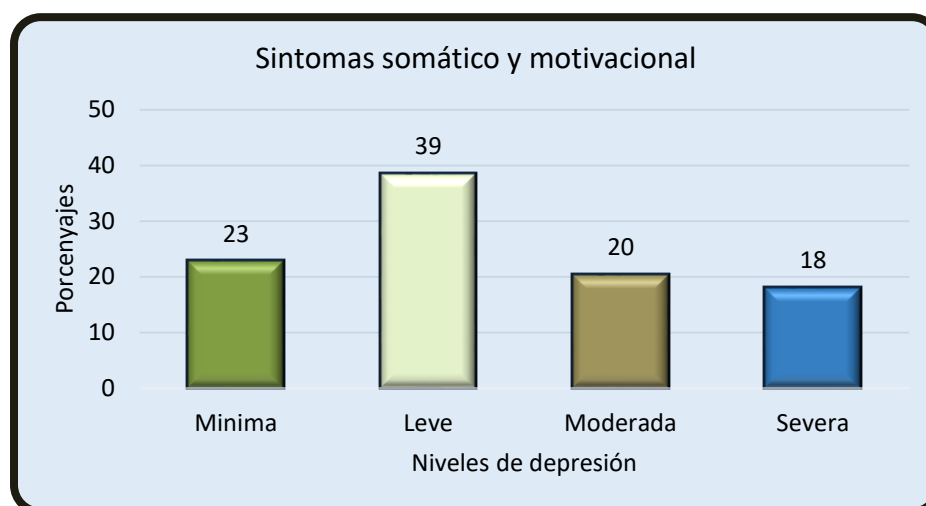
Figura 5. Niveles de síntomas cognitivo – afectivo

De la tabla 4 y figura 3, se tiene 11 gestantes con síntomas cognitivo – afectivo en nivel mínimo, que representan en 13%. También se tiene 16 gestantes con síntomas cognitivo – afectivo en nivel leve, que representan el 19%. Así mismo se tiene 44 gestantes con síntomas cognitivo – afectivo en nivel moderado, que representan el 53%. Finalmente, se tiene 12 gestante con síntomas cognitivo – afectivo en nivel severo, que representan el 14%.

5.1.3 Resultados sobre la dimensión síntomas somáticos y motivacional

Tabla 5. Niveles en la dimensión somático y motivacional

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	19	23%
Leve	32	39%
Moderada	17	20%
Severa	15	18%
Total	83	100%



Fuente: Elaboración propia

Figura 6. Niveles en los síntomas somático y motivacional

De la tabla 5 y figura 4, se tiene 19 gestantes con síntomas somático y motivacional en nivel mínimo, que representan en 23%. También se tiene 32 gestantes con síntomas somático y motivacional en nivel leve, que representan el 39%. Así mismo se tiene 17 gestantes con síntomas somático y motivacional en nivel moderada, que representan el 20%. Finalmente, se tiene 15 gestante con síntomas somático y motivacional en nivel severo, que representan el 18%.

5.1.4. Niveles de depresión según características de la población

Tabla 6. Depresión según la edad

Edad	Mínima		Leve		Moderada		Severa		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
18 - 24 años	4	5%	3	4%	8	10%	0	0%	15	18%
25 - 34 años	11	13%	19	23%	10	12%	3	4%	43	52%
35 - 44 años	9	11%	11	13%	5	6%	0	0%	25	30%
Total	24	29%	33	40%	23	28%	3	4%	83	100%

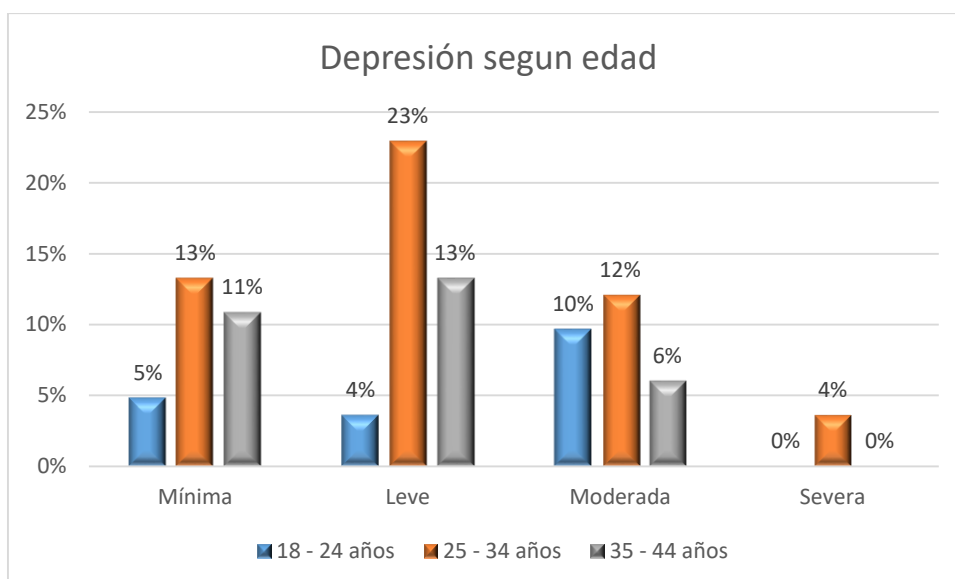


Figura 7. Niveles de depresión según edad

De la tabla 6 y figura 5, se tiene 43 gestantes en los rangos de edad de 25 a 34 años, que representa el 52%, en segundo lugar, existe 25 gestantes en el rango de edades de 35 a 44 años, que representa el 30%, finalmente se tiene 15 gestantes en el rango de 18 a 24 años, que representan el 18%. Tomando en cuenta en nivel moderado, se tiene 10 gestantes con edades de 25 a 34 años, que representan solo el 12%, no siendo el porcentaje más alto.

Tabla 7. Depresión según grado de instrucción

Nivel de instrucción	Mínima		Leve		Moderada		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin nivel	2	2%	3	4%	4	5%	0	0%	9	11%
Primaria	7	8%	12	14%	9	11%	2	3%	30	36%
Secundaria	9	11%	10	12%	8	10%	1	1%	28	34%
Superior	6	7%	8	10%	2	2%	0	0%	16	19%
Total	24	29%	33	40%	23	28%	3	4%	83	100%

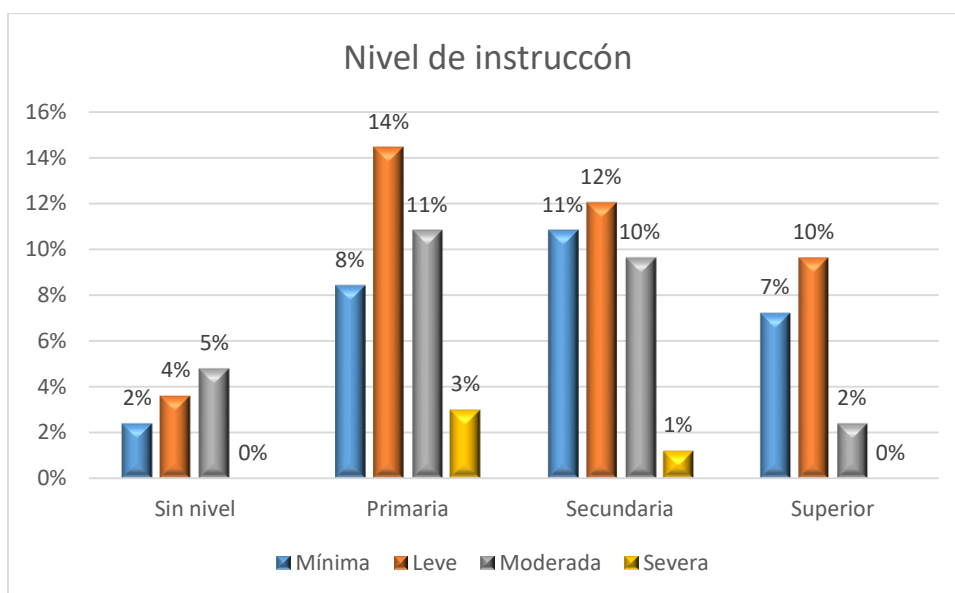


Figura 8. Depresión según el nivel de instrucción

De la tabla 7 y figura 6, se tiene 30 gestantes con grado de instrucción primaria, que representa el 36%, en segundo lugar, existe 28 gestantes con grado de instrucción secundaria, que representa el 34%, en tercer lugar, se tiene 16 gestantes con grado de instrucción superior, que representan el 19%. Finalmente se tiene 9 gestantes sin grado de instrucción, que representan el 11%. Tomando en cuenta en nivel moderado, se tiene 9 gestantes con grado de instrucción primaria (11%) y 8 gestantes con grado de instrucción secundaria (10%).

Tabla 8. Depresión según estado civil

Estado civil	Mínima		Leve		Moderada		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltera	2	2%	1	1%	0	0%	1	1%	4	5%
Conviviente	10	12%	19	23%	10	12%	0	0%	39	47%
Casada	12	14%	13	16%	13	16%	2	3%	40	48%
Total	24	29%	33	40%	23	28%	3	4%	83	100%

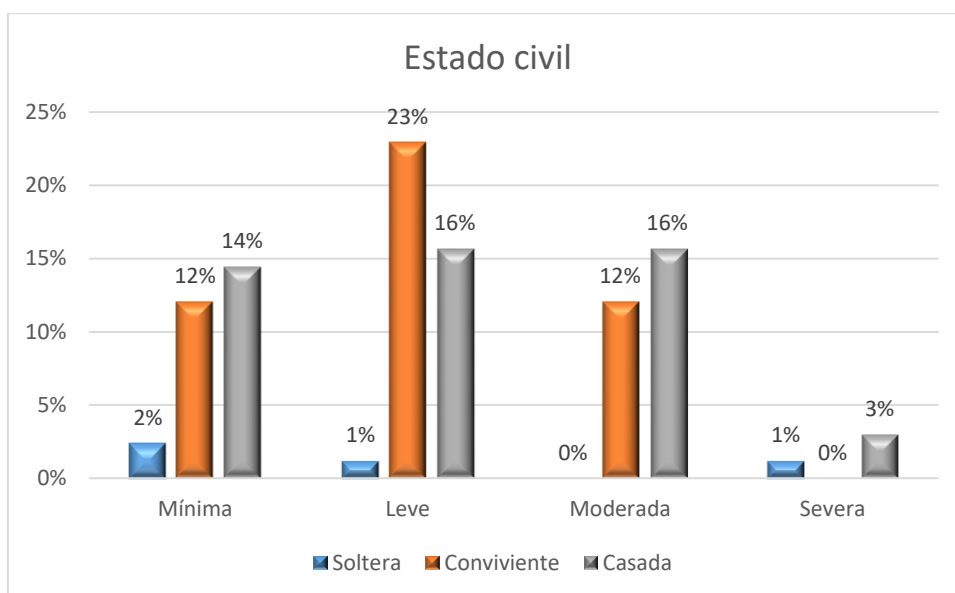


Figura 9. Depresión según estado civil

De la tabla 8 y figura 7, se tiene 40 gestantes que son casadas, que representa el 48%, en segundo lugar, existe 39 gestantes convivientes, que representa el 47%, finalmente se tiene 4 gestantes solteras (no tiene pareja), que representan el 5%. Tomando en cuenta en nivel moderado, se tiene 13 gestantes casadas, que representan solo el 16%, no siendo el porcentaje más alto.

Tabla 9. Depresión según número de hijos

Número de hijos	Mínima		Leve		Moderada		Severa		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
0	3	4%	4	5%	8	10%	0	0%	15	18%
1	3	4%	9	11%	7	8%	0	0%	19	23%
2	10	12%	10	12%	4	5%	2	3%	26	31%
3	3	4%	4	5%	2	2%	1	1%	10	12%
4 a más	5	6%	6	7%	2	2%	0	0%	13	16%
Total	24	29%	33	40%	23	28%	3	4%	83	100%

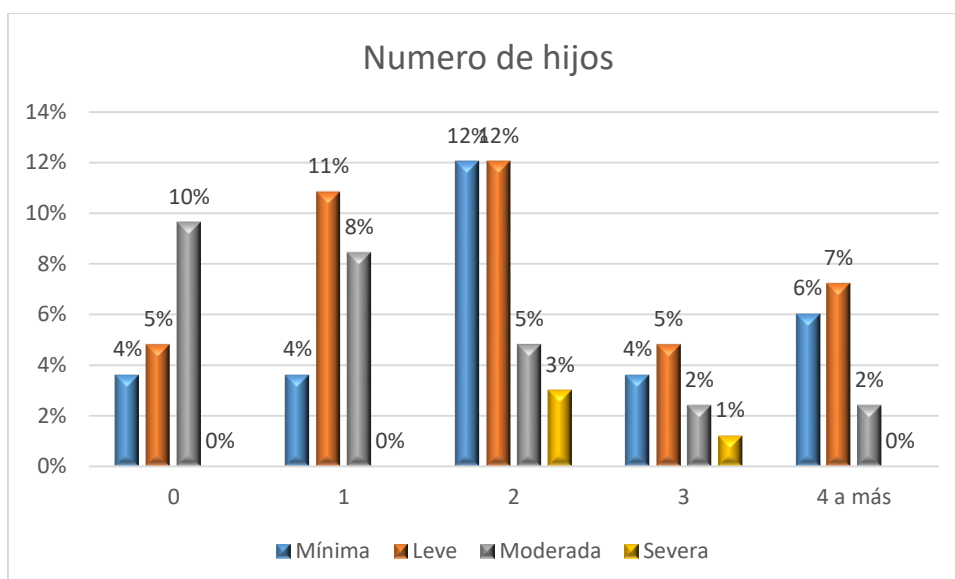


Figura 10. Depresión según la cantidad de hijos

De la tabla 9 y figura 8, se tiene 26 gestantes con dos hijos, que representa el 31%, en segundo lugar, existe 19 gestantes con un hijo, que representa el 23%, en tercer lugar, se tiene 15 gestantes que es su primer hijo, que representan el 18%, en cuarto lugar, se tiene 13 gestantes con 4 o más hijos, que representan el 16%. Finalmente se tiene 10 gestantes con 3 hijos, que representan el 12%. Tomando en cuenta en nivel moderado, se tiene 8 gestantes que están gestando por primera vez (10%), no siendo el porcentaje más alto.

Tabla 10. Depresión según etapa gestacional

Edad gestacional	Mínima		Leve		Moderada		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
[11 - 14,5>	4	5%	3	4%	4	5%	0	0%	11	13%
[14,5 - 18>	3	4%	6	7%	3	4%	0	0%	12	14%
[18 - 21,5>	5	6%	3	4%	1	1%	0	0%	9	11%
[21,5 - 25>	4	5%	4	5%	3	4%	0	0%	11	13%
[25 - 28,5>	3	4%	2	2%	1	1%	2	3%	8	10%
[28,5 - 32>	2	2%	5	6%	4	5%	0	0%	11	13%
[32 - 35,5>	1	1%	6	7%	5	6%	1	1%	13	16%
[35,5 - 39]	2	2%	4	5%	2	2%	0	0%	8	10%
Total	24	29%	33	40%	23	28%	3	4%	83	100%

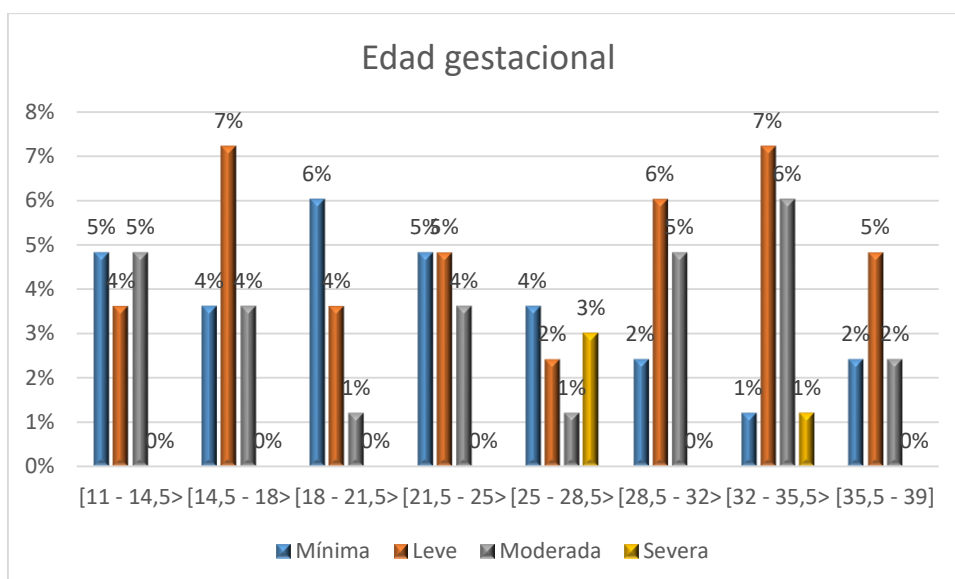


Figura 11. *Depresión según etapa gestacional*

De la tabla 10 y figura 9, en primer lugar, se tiene 13 gestantes en la etapa gestacional [32 - 35,5>, que cada uno representa el 16%. En segundo lugar, se tiene 12 gestantes en la etapa gestacional [14,5 - 18>, que representa el 14%. En tercer lugar, se tiene 11 gestantes en la etapa [11 - 14,5>, [21,5 - 25> y [28,5 - 32>, que cada uno representa el 13%. En cuarto lugar, se tiene 9 gestantes en la etapa [18 - 21,5>, que representan el 11% y finalmente se tiene 8 gestantes en la etapa gestacional [25 - 28,5> y [35,5 - 39], que cada uno representan el 10%. Tomando en cuenta en nivel moderado, se tiene 5 gestantes en la etapa gestacional [32 - 35,5> (6%), no siendo el porcentaje más alto.

Tabla 11. *Depresión según frecuencia de discusiones con la pareja o familia*

Discusiones	Mínima		Leve		Moderada		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Siempre	6	7%	9	11%	9	11%	2	3%	26	31%
A veces	10	12%	16	19%	12	14%	1	1%	39	47%
Nunca	8	10%	8	10%	2	2%	0	0%	18	22%
Total	24	29%	33	40%	23	28%	3	4%	83	100%

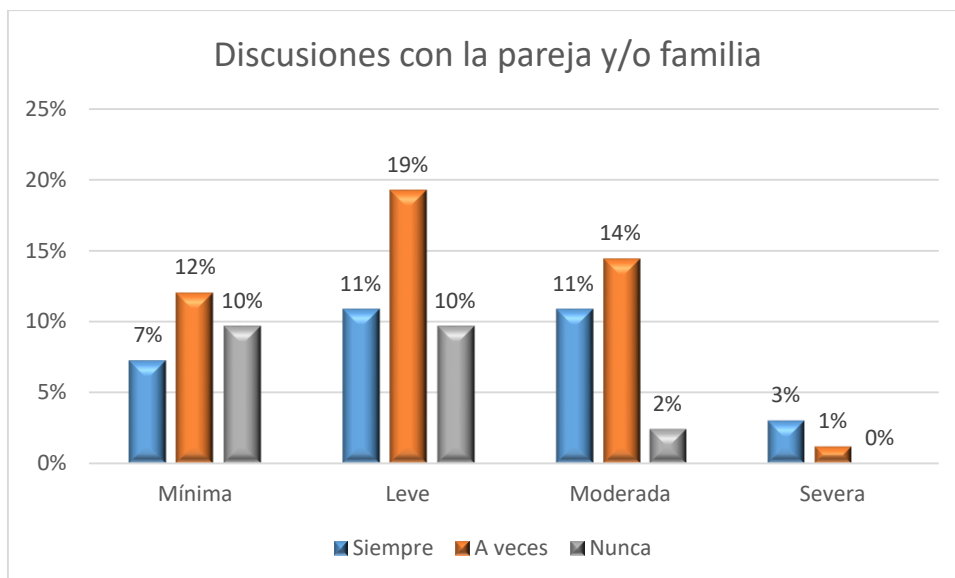


Figura 12. *Depresión según la frecuencia de discusiones con la pareja y/o familia*

De la tabla 11 y figura 10, en primer lugar, se tiene 39 gestantes que discuten a veces, y representa el 47%, En segundo lugar, existe 26 gestantes que siempre discuten, y representa el 31%, finalmente se tiene 18 gestantes que nunca pelean, que representan el 22%. Tomando en cuenta en nivel moderado, se tiene 12 gestantes discuten a veces, que representan el 14%, no siendo el porcentaje más alto.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Teniendo en cuenta el objetivo general, que fue, Determinar los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016. Se tiene 24 gestantes (29%) con niveles de depresión mínima, 33 gestantes (40%) con niveles de depresión leve, 23 gestantes (28%) con niveles de depresión moderada y 3 gestantes (3%) con niveles de depresión severa. Por lo cual se acepta la hipótesis nula: No existe un porcentaje alto en el nivel moderado de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

Olivera (2018), refiere que existe, niveles mínimos en depresión, en los individuos encuestados. Similar a nuestro resultado.

Para Ruiz (2016) concluye que los trastornos depresivos son un problema frecuente en la población que asiste a los centros de atención primaria de salud. Así mismo Santa María (2018) obtiene los niveles de depresión: Ausencia 29 (21,69%), Leve 39 (29,19%), Moderado 40 (29,92%), Severo 23 (17,20%) y Crónico 2 (2,00%). Diferente a nuestro resultado.

En cuanto a la comparación con los estudios de Corona (2014), se halló que en la población de estudios de dicho investigador el 68% de gestantes no presentaron depresión, depresión leve (22%) y en nuestro estudio el 29 % presentaron depresión mínima y 40% depresión leve.

En cuanto a depresión moderada Corona (2014) encontró un 9% y en nuestra investigación de halló a un 28%. En cuanto a depresión severa si se halló un 3% con dicho nivel de depresión. Por tanto, difieren en cuanto los resultados, ya que en la población de estudios de Corona la mayoría de gestantes no presentó depresión.

Martina (2018) Concluye que el riesgo de sufrir síndrome depresivo mayor fue estadísticamente significativo en las mujeres, en los adultos mayores sin instrucción y en los que se encuentran en situación de pobreza.

Los problemas y trastornos mentales en las mujeres se pueden desarrollar como consecuencia de problemas de salud reproductiva, entre los cuales están: la falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos, parto prematuro. Además, el nivel de salud mental está estrechamente relacionado con la morbilidad materna (Luna, Otárola, Almendras, Jara y Chuquizuta; 2006). En el caso de nuestros resultados nuestras poblaciones de gestantes no presentan altos niveles de depresión.

Con respecto al objetivo 1, que fue, Describir el nivel en los síntomas cognitivo - afectivo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016. Se tiene 11 gestantes (13%) con sintomatología cognitivo – afectivo mínima, 16 gestantes (19%) con sintomatología cognitivo – afectivo leve, 44 gestantes (53%) con sintomatología cognitivo – afectivo moderada y 12 gestantes (14%) con sintomatología cognitivo – afectivo severa. Por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis específica: Existen un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas cognitivo - afectivo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016

Para CIE- 10, (2004). La depresión es un trastorno mental caracterizado por un estado de ánimo de constante tristeza, donde la capacidad de disfrutar, interesarse y concentrarse se reduce presentando sentimientos de culpa o inutilidad, baja autoestima, irritabilidad acompañado de síntomas somáticos como el cansancio, agitación, pérdida del apetito, disminución de la libido, enlentecimiento psicomotor y otros signos y síntomas relacionados

a la depresión. Se puede inferir que se tiene depresión alta, por lo cual no todos los síntomas de la depresión estarían presentes, en este caso los referentes a lo cognitivo – afectivo.

Para Beck (1983) consideran a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, donde el individuo es atrapado por pensamientos distorsionados, que ponen en riesgo su salud psíquica. Tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, Sentimientos de culpa, insatisfacción con uno mismo, autocríticas, pensamientos o deseos suicidas, llanto y pérdida de estimación de sí misma. Teniendo en cuenta los resultados se puede decir que las gestantes de nuestra muestra presentan una afectación en sus pensamientos, que conllevan alterar las emociones.

Con respecto al objetivo 2, que fue, Describir el nivel en los síntomas somáticos y motivacional en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016. Se tiene 19 gestantes (23%) con sintomatología somático y motivacional mínima, 32 gestantes (39%) con sintomatología somático y motivacional leve, 17 gestantes (20%) con sintomatología somático y motivacional moderada y 15 gestantes (18%) con sintomatología somático y motivacional severa. Por lo cual se acepta la hipótesis nula: No existe un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas somático y motivacional en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

Novoa (2002) la depresión como síntoma es más intensa y prolongada e interfiere en las actividades cotidianas del individuo y algunos síntomas se manifiestan con el exceso en el dormir, cambios en los hábitos alimenticios y conductas negativas. Según nuestros resultados esos últimos síntomas no están presentes en la muestra de gestantes de nuestra investigación.

La depresión leve: presentará de dos o tres síntomas; por lo general la persona afectada puede seguir con las actividades que realiza. Según Zarragoití (2011) el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatiga suelen considerarse

los síntomas más comunes, y por lo menos dos de estos tres debe estar presentes para realizar un diagnóstico. Esto se corroboraría con nuestros resultados, ya que solo existes algunos síntomas de depresión en nuestra muestra.

CONCLUSIONES

En cuanto a la hipótesis general, se acepta la hipótesis nula, no existe un porcentaje alto en el nivel moderado de depresión en la población de gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

Respecto a la hipótesis específica 1, se rechaza la hipótesis nula, existe un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas cognitivo y afectivo de depresión en la población de gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.

Respecto a la hipótesis específica 2, se acepta la hipótesis nula, no existe un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas somático y motivacional de depresión en la población de gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016..

Se recomienda la publicación de los resultados de esta tesis por establecer datos de gestantes que presentaron sintomatología depresiva.

Se recomienda el adiestramiento de los usuarios, a través del personal que labora en el Centro de Salud Santa Ana, para poder apoyar en la recuperación de la salud mental de las gestantes y no generen depresión post parto.

Se sugiere llevar adelante los resultados para que se pueda dar seguimiento a las gestantes después del parto y lograr prevenir una depresión post parto o agudización de los síntomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, M., y Mundaca, A. (2016). *Nivel de depresión en gestantes atendidas en un centro de salud de la ciudad de Chiclayo, julio - agosto 2016*. Chiclayo: Universidad Juan Mejía Baca. Obtenido de <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/74/1/Alvarado%20Suyon%20%26%20Mundaca%20Vela%20Tesis.pdf>
- Araya, R., Fritsch, R., Acuña, J., y Lewis, G. (2001). Common mental health disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlater. *British Journal of Psychiatry*.
- Arranz, B., y San Molina, L. (2010). *El médico en casa. Comprender la depresión*. Barcelona: Amat,S.L.
- Bao, M., Vega, J., y Saona, P. (2010). Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista de Neuropsiquiatria*, 73(3). Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/viewFile/105/124>.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer. España
- Bernal , C. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. México: Ed. Pearson educación.
- Carrasco, S. (2018). *Metodología de la investigación Científica*. Obtenido de Metodología de la investigación científica: <http://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentos-academicos/ciencias-de-la-educacion/1.pdf>
- Ceballos Martínez, I., Sandoval Jurado, L., Jaimes Mundo, E., Medina Peralta, G., Madera Gamboa, J., y Fernández Arias, Y. F. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*, 48(1). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im101m.pdf>
- Chappa, H. (2003). *Distima y otras depresiones crónicas: Tratamiento psicofarmacológico y cognitivo social*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Corona, J. (2014). *Frecuencai de depresión en adolescentes embarazadas en la UMF 92 en el período enero a diciembre 2012 (Tesis)*. Universidad Autónoma del Estado de México. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14556/412012.pdf?sequenc>

- Damas, J. y Manrique, S. (2018). Tesis “Niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria de Instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017. Universidad Peruana Los Andes.
- Estalovski, B. G. (2004). *Como vencer la depresión*. Buenos Aires: Ed. Ziel. Obtenido de <https://books.google.com/>
- Fernández, L., y Sánchez, A. (S.F). Psicopatología y gestación: Influencia de la depresión en la vinculación afectiva. *Red de revistas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832312038.pdf>
- Garay, J. (2015) “Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado” Universidad Iberoamericana. Ciudad de México.
- Goldman, H. (2008). *Psiquiatría general*. México: Ed. El Manual Moderno.
- Hayes, B. (1999). *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Ed. Mexicana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4a ed.). México: McGraw-Hill.
- https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=fr, 2. (s.f.).
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neurosiquiatria*, 48(4).
- Jiménez, T. (2015). *Depresión prenatal y su relación con bajo peso al nacimiento, en ginecología y obstetricia del hospital isicho ayorca (Tesis)*. Loja, Ecuador: Universidad de Loja. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12281/1/TESIS%20DEPRESION%20PRENATAL%20TATIANA%20JIMENEZ.pdf>
- Knittel, F. (2007). *Vence la depresión: Cómo mejorar el estado de ánimo y reducir el cansancio*. Madrid: Ed. Nowtulis.
- Lartigue, T., Maldonado Durán, M., Feinholz, D., y Ávila Rosas, H. (2001). *Aproximación multicéntrica, multidisciplinaria y transcultural de algunos aspecto de la salud mental en la primera infancia*. .
- Lizondo, G., y Llanque, C. (2008). Depresión. *Paceña de Medicina Familia*.
- López Santin, J. M., & Álvaro Serón, P. (julio de 2018). La salud mental digital. Una aproximación crítica desde la ética. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018, 38(134).
- Lucas, M. (2005). *Cómo evitar la depresión*. Bogota: San Pablo.

- Luna, M., Otárola, F., Almedras, M., Jara, L., y Chuquizuta, C. (2006). *La depresión no respeta la gestación*. Obtenido de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/4%20LA%20DEPRESION%20NO%20RESPETA%20LA%20GESTACION.pdf>
- Martina, M. (2018) en su tesis “Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el adulto mayor según la encuesta demográfica y de salud familiar 2014-2015” Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Ministerio de salud de Chile. (2013). *Depresión en personas de 15 años a más*. Santiago de Chile.
- Ministerio de salud de Chile. (2014). *Protocolo de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento*. MINSAL.
- Olivera, S. (2018) “Ansiedad y depresión y su relación con la percepción del tiempo”. Pontificia Universidad Católica Argentina. Ciudad Santa María de los Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Depresión en gestantes contribuye a muerte materna*. México.
- Palomo López, P., y Redondo Mena, C. (2012). *Legislación vigente*. Universidad de Plasencia. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/viewFile/39317/37889>
- Pariona Gutierrez, E. S. (2019). *Favores psicosociales asociados a la depresión en gestantes del centro materno infantil Villa Maria del Triunfo, 2018 (Tesis de licenciatura)*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10363/Pariona_ge.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Picech, R., Flores, L., Lanser, R., & Cremonte, M. (2005). Depresión y embarazo. *Revista Post-Grado Med.*
- Pereira de Melo, H (2019) “Ansiedad y depresión en los adolescentes brasileños de enseñanza media: comparación con la población española”. Universidad Pontificia de Salamanca. España
- Poy Solano, L. (2008). En 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo: OMS. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/2008/12/28/index.php?section=sociedad&article=034n1soc>
- Ramírez, A. (2018). *Metodología de la Investigación Científica*. Pontificia Universidad Javeriana.

- Ramón, W. y Montero, M. (2016). Tesis “niveles de depresión en escolares de una institución educativa nacional en Pampas, Tayacaja, Huancavelica, 2016”. Universidad Peruana Los Andes.
- Reyes Gonzalez, V. A. (2018). *Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Materno Perinatal, junio-julio, 2017 (Tesis de Licenciatura)*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/8652/Reyes_gv.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rojas, G., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhert, S., & Jadresic, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev. Med Chile*.
- Ruiz, Y. (2016) “Prevalencia de trastornos depresivos en consultantes del centro de salud Pueyrredón de la Ciudad de Córdoba”. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
- Ruiz, R. (2007). *Método científico y sus etapas*. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0256.pdf>
- Saldaña. M (2017) tesis “Experiencia emocional de la paternidad ante la sintomatología depresiva e intento suicida del hijo adolescente”. Pontificia Universidad Católica Del Perú. Ciudad de Lima.
- San Molina, L., y Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. España: Ed. Amat.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García Vera, M. P. (2013). *Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid .
- Saravia Camacho, M. L. (2016). *Relación entre las complicaciones obstétricas y los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014 (Tesis de licenciatura)*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5531/saravia_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tirado , L. (2016). *Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociado en el centro de salud del distrito de móroope en el período de julio - noviembre 2016. (Tesis)*. Perú: Universidad San Martín de Porras. Obtenido de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3203/3/tirado_1le.pdf

Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K., & Zapata, D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev. ChilObstetGinecol.*

Zarragoitía , I. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas. Obtenido de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODOLOGÍA
<p>Problema General: ¿Cuál es el nivel de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016?</p>	<p>Objetivo general: Determinar los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.</p>	<p>Hipótesis general: Existe un porcentaje alto en el nivel moderado de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.</p>	<p>Variable: Depresión</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas cognitivo – afectivo • Síntomas somático y motivacional 	<p>Método: Científico, descriptivo.</p> <p>Tipo: básica</p> <p>Nivel: descriptivo</p> <p>Diseño: descriptivo simple. Cuyo diagrama es: M → O</p> <p>Donde: M: Gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana, III trimestre, 2016 O: aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II</p> <p>Técnica: Cuestionario</p> <p>Instrumento: Inventario de depresión de Beck II</p> <p>Población y muestra: 83 gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa</p>
<p>Problema específico: ¿Cuál es el nivel en los síntomas cognitivo - afectivo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016?</p>	<p>Problema específico: Describir el nivel en los síntomas cognitivo - afectivo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.</p>	<p>Hipótesis específicas: Existen un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas cognitivo - afectivo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.</p>		
<p>¿Cuál es el nivel en los síntomas somático y motivacional en gestantes atendidas en el Centro de</p>	<p>Describir el nivel en los síntomas somático y motivacional en gestantes atendidas en el Centro de</p>	<p>Existe un porcentaje alto en el nivel moderado de síntomas somáticos y motivacional en gestantes</p>		

Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016?	Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.	atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016.	Ana durante el III trimestre del 2016.
--	--	--	--

ANEXO 2: Matriz de Operacionalización de la variable

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Ítems
Nivel de depresión		Síntomas Cognitivo - Afectivo	1. Tristeza	Ítem 01 a) No me siento triste.
			2. Pesimismo	b) Me siento triste.
			3. Sentimientos de fracaso	c) Me siento triste continuamente y no puedo reponerme.
			4. Pérdida de placer	d) Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
			5. Sentimientos de culpa	Ítem 02 a) No me siento sin esperanzas respecto al futuro.
			7. Insatisfacción con uno mismo	b) Me siento sin esperanzas respecto al futuro.
			8. Autocríticas	c) Siento que no tengo nada que esperar.
			9. Pensamientos o deseos suicidas	d) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
			10. Llanto	Ítem 03 a) No me siento fracasada.
			14. Pérdida de estimación de sí misma	b) Creo que tengo más fallas que el resto de las personas. c) Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

d) Me siento una persona totalmente fracasada.

Ítem 04

a) Obtengo mucha satisfacción de las cosas como de costumbre.

b) No disfruto de las cosas de la manera que acostumbraba.

c) No obtengo una satisfacción verdadera de nada.

d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

Ítem 05

a) No me siento especialmente culpable.

b) Me siento culpable en bastantes ocasiones.

c) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

d) Me siento culpable en todo momento.

Ítem 06: Sentimientos de castigo

a) No siento que esté siendo castigada.

b) Me siento como si fuese a ser castigada.

c) Espero ser castigada.

d) Siento que estoy siendo castigada.

Ítem 07

a) No estoy decepcionada de mí misma.

b) Estoy decepcionada de mí misma.

- c) Siento repugnancia de mí misma.
- d) Me detesto.

Ítem 08

- a) No me siento peor que los demás.
- b) Me critico por mis debilidades o por mis errores.
- c) Me culpo todo el tiempo de mis errores.
- d) Me culpo por todo lo malo que me sucede.

Ítem 09

- a) No tengo ninguna intención de acabar conmigo.
- b) Tengo intención de acabar conmigo, pero no lo haría
- c) Quisiera acabar conmigo
- d) Acabaría conmigo si tuviera la oportunidad.

Ítem 10

- a) No lloro más de lo que solía llorar.
- b) Ahora lloro más que antes.
- c) Lloro continuamente.
- d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

Ítem 14

- a) No creo tener peor aspecto que antes.
- b) Me preocupa verme viejo o poco atractivo.

- Síntomas somático y motivacional
- 11. Agitación
 - 12. Pérdida de interés
 - 13. Indecisión
 - 15. Cansancio físico o fatigabilidad
 - 16. Cambios en el patrón de sueño
 - 17. Irritabilidad
 - 18. Cambio en el apetito
 - 19. Dificultades de concentración
 - 20. Cansancio o fatiga
- c) Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - d) Creo que tengo un aspecto horrible.
- Ítem 11**
- a) No me siento irritable.
 - b) Actualmente me siento ligeramente más malhumorada que de costumbre.
 - c) Me siento bastante molesta y malhumorada durante mucho tiempo.
 - d) Actualmente me siento con mal humor todo el tiempo.
- Ítem 12**
- a) No he perdido el interés por otras personas.
 - b) Estoy menos interesada en otras personas que de costumbre.
 - c) He perdido el interés en otras personas.
 - d) He perdido todo el interés en las otras personas.
- Ítem 13**
- a) Tomo decisiones como siempre lo hice.
 - b) Evito tomar decisiones más que antes.

- c) Tengo más dificultades que antes para tomar decisiones.
- d) Ya me es imposible tomar decisiones.

Ítem 15

- a) Puedo trabajar tan bien como antes.
- b) Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- c) Tengo que exigirme mucho para hacer algo.
- d) No puedo hacer ningún trabajo.

Ítem 16

- a) Puedo dormir normalmente.
- b) No duermo tan bien como antes.
- c) Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- d) Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

Ítem 17

- a) No me siento más cansado de lo habitual.
- b) Me canso más fácilmente que de costumbres.
- c) Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- d) Me canso mucho al hacer lo que sea.

Ítem 18

- a) Tengo apetito como siempre.
- b) No tengo tan buen apetito como antes.
- c) Ahora tengo mucho menos apetito.
- d) No siento apetito en absoluto.

Ítem 19

- a) No he perdido mucho peso, por lo menos últimamente.
- b) He perdido más de 5 kilos.
- c) He perdido más de 10 kilos.
- d) He perdido más de 15 kilos.

Ítem 20

- a) No me preocupo más de lo normal por mi salud.
- b) Me preocupo por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- c) Estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

Ítem 21

- a) No me preocupo más de lo normal por mi salud.

- b) Me preocupo por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- c) Estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

ANEXO 3. Matriz operacional del instrumento

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Puntajes según respuesta	Escala (Nivel de medición)
Nivel de depresión	Síntomas Cognitivo - Afectivo	1. Tristeza	1	0 si la respuesta es a. 1 si la respuesta es b. 2 si la respuesta es c. 3 si la respuesta es d. Siendo el puntaje mínimo 0 y el puntaje máximo 63.	00 – 03: Mínima 04 – 07: Leve 08 – 11: Moderada 12 – 30: Severa
		2. Pesimismo	2		
		3. Sentimientos de fracaso	3		
		4. Pérdida de placer	4		
		5. Sentimientos de culpa	5		
		7. Insatisfacción con uno mismo	7		
		8. Autocríticas	8		
		9. Pensamientos o deseos suicidas	9		
		10. Llanto	10		
		14. Pérdida de estimación de sí misma	14		
	Síntomas somático y motivacional	11. Agitación	11		
		12. Perdida de interés	12		
		13. Indecisión	13		
		15. Cansancio físico o fatigabilidad	15		
		16. Cambios en el patrón de sueño	16		
		17. Irritabilidad	17		
		18. Cambio en el apetito	18		
		19. Dificultades de concentración	19		
		20. Cansancio o fatiga	20		

ANEXO 4. Instrumento de investigación y constancia de su aplicación**INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK II**

INSTRUCCIÓN: Lea atentamente y marque con una “X” la letra cuya afirmación describa mejor como se ha estado sintiendo usted en los últimos días.

Ítem 01: Tristeza

- a) No me siento triste.
- b) Me siento triste.
- c) Me siento triste continuamente y no puedo reponerme.
- d) Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

Ítem 02: Pesimismo

- a) No me siento sin esperanzas respecto al futuro.
- b) Me siento sin esperanzas respecto al futuro.
- c) Siento que no tengo nada que esperar.
- d) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

Ítem 03: Sentimientos de fracaso

- a) No me siento fracasada.
- b) Creo que tengo más fallas que el resto de las personas.
- c) Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- d) Me siento una persona totalmente fracasada.

Ítem 04: Perdida de placer

- a) Obtengo mucha satisfacción de las cosas como de costumbre.
- b) No disfruto de las cosas de la manera que acostumbraba.
- c) No obtengo una satisfacción verdadera de nada.
- d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

Ítem 05: Sentimientos de culpa

- a) No me siento especialmente culpable.
- b) Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- c) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- d) Me siento culpable en todo momento.

Ítem 06: Sentimientos de castigo

- a) No siento que esté siendo castigada.
- b) Me siento como si fuese a ser castigada.
- c) Espero ser castigada.
- d) Siento que estoy siendo castigada.

Ítem 07: Insatisfacción con uno mismo

- a) No estoy decepcionada de mí misma.
- b) Estoy decepcionada de mí misma.
- c) Siento repugnancia de mí misma.
- d) Me detesto.

Ítem 08: Autocríticas

- a) No me siento peor que los demás.

- b) Me critico por mis debilidades o por mis errores.
- c) Me culpo todo el tiempo de mis errores.
- d) Me culpo por todo lo malo que me sucede.

Ítem 09: Pensamientos de suicidio

- a) No tengo ninguna intención de acabar conmigo.
- b) Tengo intención de acabar conmigo, pero no lo haría
- c) Quisiera acabar conmigo
- d) Acabaría conmigo si tuviera la oportunidad.

Ítem 10: Llanto

- a) No lloro más de lo que solía llorar.
- b) Ahora lloro más que antes.
- c) Lloro continuamente.
- d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

Ítem 11: Agitación

- a) No me siento irritable.
- b) Actualmente me siento ligeramente más malhumorada que de costumbre.
- c) Me siento bastante molesta y malhumorada durante mucho tiempo.
- d) Actualmente me siento con mal humor todo el tiempo.

Ítem 12: Pérdida de interés

- a) No he perdido el interés por otras personas.
- b) Estoy menos interesada en otras personas que de costumbre.
- c) He perdido el interés en otras personas.
- d) He perdido todo el interés en las otras personas.

Ítem 13: Indecisión

- a) Tomo decisiones como siempre lo hice.
- b) Evito tomar decisiones más que antes.
- c) Tengo más dificultades que antes para tomar decisiones.
- d) Ya me es imposible tomar decisiones.

Ítem 14: Inutilidad

- a) No creo tener peor aspecto que antes.
- b) Me preocupa verme viejo o poco atractivo.
- c) Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- d) Creo que tengo un aspecto horrible.

Ítem 15: Pérdida de energía

- a) Puedo trabajar tan bien como antes.
- b) Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- c) Tengo que exigirme mucho para hacer algo.
- d) No puedo hacer ningún trabajo.

Ítem 16: Cambios en el patrón de sueño .

- a) Puedo dormir normalmente.
- b) No duermo tan bien como antes.
- c) Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

- d) Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

Ítem 17: Pérdida de energía

- a) No me siento más cansado de lo habitual.
 b) Me canso más fácilmente que de costumbres.
 c) Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 d) Me canso mucho al hacer lo que sea.

Ítem 18: Cambios en el apetito

- a) Tengo apetito como siempre.
 b) No tengo tan buen apetito como antes.
 c) Ahora tengo mucho menos apetito.
 d) No siento apetito en absoluto.

Ítem 19: Pérdida de peso.

- a) No he perdido mucho peso, por lo menos últimamente.
 b) He perdido más de 5 kilos.
 c) He perdido más de 10 kilos.
 d) He perdido más de 15 kilos.

Ítem 20: Preocupaciones hipocondriacas

- a) No me preocupo más de lo normal por mi salud.
 b) Me preocupo por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 c) Estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

Ítem 21: Perdida de interés en el sexo

- a) No me preocupo más de lo normal por mi salud.
 b) Me preocupo por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 c) Estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

OBSERVACIONES:

.....

¡MUCHAS GRACIAS, POR SU COLABORACIÓN

CENTRO DE SALUD SANTA ANA


OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

POR MEDIO DEL PRESENTE, HACEMOS CONSTAR QUE LAS BACHILLERES DE PSICOLOGÍA, DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES: GINA GABRIELA HUAROC CONDORI IDENTIFICADA CON DNI Nº 44867050 Y MARLY JULIZA YACHI QUISPE IDENTIFICADA CON DNI Nº 45769127, EJECUTARON EN ESTA INSTITUCIÓN SU PROYECTO DE TESIS TITULADO “NIVEL DE DEPRESION EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA ANA, III TRIMESTRE DEL 2016”.

SE EXPIDE EL PRESENTE DOCUMENTO A PETICION DE LOS INTERESADOS, PARA LOS FINES QUE CREAN CONVENIENTES.




Romali Estalaya Sánchez
D.O.P. 3510
JEFATURA

JEFE DEL CENTRO DE SALUD SANTA ANA

ANEXO 5. Confiabilidad y validez del instrumento**CONSTANCIA****JUICIO DE EXPERTO**

Quien suscribe Ps. Christian Miguel Lara Torres, con Documento Nacional de Identidad No. 41802816, hago constar que realicé el juicio de experto del Inventario de depresión de Beck II presentado por las Bachilleres de la Universidad Peruana los Andes, Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología: HUAROC CONDORI Gina Gabriela y YACHI QUISPE Marly Juliza.

Huancavelica, 28 de Abril del 2016.


Firma y sello
M^o. CHRISTIAN MIGUEL LARA TORRES
PSICÓLOGO CLÍNICO - FORENSE
C. Ps. P. 13073
HOSPITAL II HUANCVELICA


CONSTANCIA

JUICIO DE EXPERTO

Quien suscribe Ps. Edith Breña Vargas, con Documento Nacional de Identidad No. 44634474, hago constar que realicé el juicio de experto del Inventario de depresión de Beck II presentado por las Bachilleres de la Universidad Peruana los Andes, Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología: HUAROC CONDORI Gina Gabriela y YACHI QUISPE Marly Juliza.

Huancavelica, 28 de Abril del 2016.



Edith Breña Vargas
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 21531

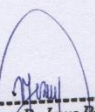
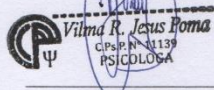
Firma y sello

CONSTANCIA

JUICIO DE EXPERTO

Quien suscribe Ps. Vilma Rosana Jesus Poma....., con Documento Nacional de Identidad No. 19875762....., hago constar que realicé el juicio de experto del Inventario de depresión de Beck II presentado por las Bachilleres de la Universidad Peruana los Andes, Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología: HUAROC CONDORI Gina Gabriela y YACHI QUISPE Marly Juliza.

Huancavelica, 28 de Abril del 2016.



Firma y sello

Alfa de Cronbach

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1	0	0	1	3	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	27
2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	18
3	0	1	0	1	1	1	0	0	1	2	2	0	0	3	2	1	1	0	2	3	2	23
4	2	3	1	2	0	0	0	0	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	29
5	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	16
6	2	3	1	2	0	0	0	0	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	28
7	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	16
8	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	2	0	1	2	0	0	0	10
9	1	2	1	3	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	19
10	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
12	1	0	1	3	1	3	1	2	1	2	0	1	1	0	1	2	2	1	2	3	2	30
13	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
14	0	0	1	3	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	27
15	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	18
16	0	1	0	1	1	1	0	0	1	2	2	0	0	3	2	1	1	0	2	3	2	23
17	1	2	2	3	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	23
18	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
19	2	3	1	2	0	0	0	0	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	28
20	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	16
21	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	2	0	1	2	0	0	0	10
22	1	2	1	3	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	19
23	2	0	0	2	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	2	1	1	17
24	2	1	0	1	1	0	2	0	0	1	3	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0	19
25	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	12
26	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	18
27	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	9
28	2	0	2	1	1	2	2	2	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	1	1	19
29	1	2	0	3	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0	1	1	0	0	18
30	0	0	1	3	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	27
31	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	18
32	0	1	0	1	1	1	0	0	1	2	2	0	0	3	2	1	1	0	2	3	2	23
33	2	3	1	2	0	0	0	0	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	28
34	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	16
35	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
36	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
37	1	0	1	3	1	3	1	2	1	2	0	1	1	0	1	2	2	1	2	3	2	30
38	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
39	0	0	1	3	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	27
40	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	18
41	0	1	0	1	1	1	0	0	1	2	2	0	0	3	2	1	1	0	2	3	2	23
42	1	2	2	3	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	23

43	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	
44	2	3	1	2	0	0	0	0	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	28
45	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	16
46	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	2	0	1	2	0	0	0	10
47	1	2	1	3	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	19
48	2	0	0	2	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	2	1	1	17
49	2	1	0	1	1	0	2	0	0	1	3	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0	19
50	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	12
51	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	18
52	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	9
53	2	0	2	1	1	2	2	2	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	1	1	19
54	1	2	0	3	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0	1	1	0	0	18
55	1	2	1	3	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	19
56	2	0	0	2	3	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	2	1	1	19
57	2	1	0	1	1	2	2	0	0	1	3	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0	21
58	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	12
59	2	1	0	1	1	2	2	0	0	1	3	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0	21
60	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	16
61	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	2	0	1	2	0	0	0	10
62	1	2	1	3	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	2	0	0	1	1	1	21
63	0	0	1	3	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	27
64	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
65	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
66	1	0	1	3	1	3	1	2	1	2	0	1	1	0	1	2	2	1	2	3	2	30
67	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
68	0	0	1	3	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	27
69	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	18
70	0	1	0	1	1	1	0	0	1	2	2	0	0	3	2	1	1	0	2	3	2	23
71	1	2	2	3	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	23
72	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
73	2	3	1	2	0	0	0	0	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	28
74	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	16
75	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	2	0	1	2	0	0	0	10
76	1	2	1	3	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	19
77	2	0	0	2	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	2	1	1	17
78	2	1	0	1	1	0	2	0	0	1	3	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0	19
79	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	12
80	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	18
81	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	9
82	2	0	2	1	1	2	2	2	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	1	1	19
83	1	2	0	3	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0	1	1	0	0	18
Var	0,6	0,9	0,4	1,0	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4	0,7	0,7	0,7	0,6	0,8	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,9	0,6	

A

0,81

ANEXO 6. La data del procesamiento de datos

N°	1	2	3	4	5	7	8	9	10	14	11	12	13	15	16	17	18	19	20	6	21	Total	D1	D2	D1	D2	V1
1	0	0	1	3	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	27	11	13	Moderada	Severa	Moderada
2	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	0	18	10	7	Moderada	Leve	Leve
3	0	1	0	1	1	0	0	1	2	3	2	0	0	2	1	1	0	2	3	1	2	23	9	11	Moderada	Moderada	Moderada
4	2	3	1	2	0	0	0	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	0	1	29	14	14	Severa	Severa	Moderada
5	1	2	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	8	6	Moderada	Leve	Leve
6	2	3	1	2	0	0	0	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	0	1	28	14	13	Severa	Severa	Moderada
7	1	2	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	8	6	Moderada	Leve	Leve
8	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	2	0	0	0	0	10	3	7	Mínima	Leve	Mínima
9	1	2	1	3	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	19	11	6	Moderada	Leve	Leve
10	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	Mínima	Mínima	Mínima
11	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	4	3	Leve	Mínima	Mínima
12	1	0	1	3	1	1	2	1	2	0	0	1	1	1	2	2	1	2	3	3	2	30	12	13	Severa	Severa	Severa
13	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	Mínima	Mínima	Mínima
14	0	0	1	3	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	27	11	13	Moderada	Severa	Moderada
15	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	0	18	10	7	Moderada	Leve	Leve
16	0	1	0	1	1	0	0	1	2	3	2	0	0	2	1	1	0	2	3	1	2	23	9	11	Moderada	Moderada	Moderada
17	1	2	2	3	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	23	13	8	Severa	Moderada	Moderada
18	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	1	Leve	Mínima	Mínima
19	2	3	1	2	0	0	0	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	0	1	28	14	13	Severa	Severa	Moderada
20	1	2	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	8	6	Moderada	Leve	Leve
21	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	2	0	0	0	0	10	3	7	Mínima	Leve	Mínima
22	1	2	1	3	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	19	11	6	Moderada	Leve	Leve
23	2	0	0	2	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	1	0	1	17	9	7	Moderada	Leve	Leve
24	2	1	0	1	1	2	0	0	1	2	3	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	19	10	9	Moderada	Moderada	Leve
25	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	12	7	3	Leve	Mínima	Mínima

26	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	1	2	1	1	0	2	18	7	9	Leve	Moderada	Leve	
27	1	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	6	3	Leve	Mínima	Mínima	
28	2	0	2	1	1	2	2	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	1	2	1	19	10	6	Moderada	Leve	Leve	
29	1	2	0	3	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	18	11	6	Moderada	Leve	Leve	
30	0	0	1	3	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	27	11	13	Moderada	Severa	Moderada	
31	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	0	18	10	7	Moderada	Leve	Leve
32	0	1	0	1	1	0	0	1	2	3	2	0	0	2	1	1	0	2	3	1	2	23	9	11	Moderada	Moderada	Moderada	
33	2	3	1	2	0	0	0	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	0	1	28	14	13	Severa	Severa	Moderada
34	1	2	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	8	6	Moderada	Leve	Leve	
35	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	Mínima	Mínima	Mínima	
36	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	4	3	Leve	Mínima	Mínima	
37	1	0	1	3	1	1	2	1	2	0	0	1	1	1	2	2	1	2	3	3	2	30	12	13	Severa	Severa	Severa	
38	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	Mínima	Mínima	Mínima	
39	0	0	1	3	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	27	11	13	Moderada	Severa	Moderada	
40	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	0	18	10	7	Moderada	Leve	Leve	
41	0	1	0	1	1	0	0	1	2	3	2	0	0	2	1	1	0	2	3	1	2	23	9	11	Moderada	Moderada	Moderada	
42	1	2	2	3	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	23	13	8	Severa	Moderada	Moderada	
43	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	1	Leve	Mínima	Mínima	
44	2	3	1	2	0	0	0	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	0	1	28	14	13	Severa	Severa	Moderada
45	1	2	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	8	6	Moderada	Leve	Leve	
46	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	2	0	0	0	0	10	3	7	Mínima	Leve	Mínima	
47	1	2	1	3	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	19	11	6	Moderada	Leve	Leve	
48	2	0	0	2	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	1	0	1	17	9	7	Moderada	Leve	Leve	
49	2	1	0	1	1	2	0	0	1	2	3	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	19	10	9	Moderada	Moderada	Leve	
50	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	12	7	3	Leve	Mínima	Mínima	
51	0	0	1	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	1	1	2	1	1	0	2	18	7	9	Leve	Moderada	Leve	
52	1	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	6	3	Leve	Mínima	Mínima	
53	2	0	2	1	1	2	2	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	1	2	1	19	10	6	Moderada	Leve	Leve	
54	1	2	0	3	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	2	0	1	1	0	1	0	18	11	6	Moderada	Leve	Leve	

55	1	2	1	3	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	19	11	6	Moderada	Leve	Leve
56	2	0	0	2	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	1	2	1	19	9	7	Moderada	Leve	Leve
57	2	1	0	1	1	2	0	0	1	2	3	1	2	2	1	0	0	0	0	2	0	21	10	9	Moderada	Moderada	Moderada
58	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	12	7	3	Leve	Mínima	Mínima
59	2	1	0	1	1	2	0	0	1	2	3	1	2	2	1	0	0	0	0	2	0	21	10	9	Moderada	Moderada	Moderada
60	1	2	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	8	6	Moderada	Leve	Leve
61	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	2	0	0	0	0	10	3	7	Mínima	Leve	Mínima
62	1	2	1	3	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	2	0	0	1	1	1	1	21	11	8	Moderada	Moderada	Moderada
63	0	0	1	3	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	27	11	13	Moderada	Severa	Moderada
64	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	Mínima	Mínima	Mínima
65	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	4	3	Leve	Mínima	Mínima
66	1	0	1	3	1	1	2	1	2	0	0	1	1	1	2	2	1	2	3	3	2	30	12	13	Severa	Severa	Severa
67	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	Mínima	Mínima	Mínima
68	0	0	1	3	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	27	11	13	Moderada	Severa	Moderada
69	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	0	18	10	7	Moderada	Leve	Leve
70	0	1	0	1	1	0	0	1	2	3	2	0	0	2	1	1	0	2	3	1	2	23	9	11	Moderada	Moderada	Moderada
71	1	2	2	3	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	23	13	8	Severa	Moderada	Moderada
72	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	1	Leve	Mínima	Mínima
73	2	3	1	2	0	0	0	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	0	1	28	14	13	Severa	Severa	Moderada
74	1	2	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	8	6	Moderada	Leve	Leve
75	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	2	0	0	0	0	10	3	7	Mínima	Leve	Mínima
76	1	2	1	3	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	19	11	6	Moderada	Leve	Leve
77	2	0	0	2	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	1	0	1	17	9	7	Moderada	Leve	Leve
78	2	1	0	1	1	2	0	0	1	2	3	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	19	10	9	Moderada	Moderada	Leve
79	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	12	7	3	Leve	Mínima	Mínima
80	0	0	1	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	1	1	2	1	1	0	2	18	7	9	Leve	Moderada	Leve
81	1	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	6	3	Leve	Mínima	Mínima
82	2	0	2	1	1	2	2	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	1	2	1	19	10	6	Moderada	Leve	Leve
83	1	2	0	3	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	2	0	1	1	0	1	0	18	11	6	Moderada	Leve	Leve

ANEXO 7. Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Acepto mi participación voluntaria en esta investigación, conducida por: _____, Siendo informada de que el objetivo de este estudio es: Determinar los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Santa Ana durante el III trimestre del 2016. Me han indicado también que tendré que responder un inventario de 21 preguntas, lo cual tomara unos 20 minutos aproximadamente.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante: _____

Fecha: _____

ANEXO 8. Registros fotográficos

(APLICACIÓN DEL INVENTARIO DE PREVENCIÓN DE BECK II A GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ANA)



