

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL
GRADO DE DEPRESIÓN DE LAS MADRES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD PACHACÚTEC CAJAMARCA - 2019.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR LA BACHILLER
SAGÁSTIGA HUAMÁN, HEYDI ROXANA

ASESORA: MCs. Lic. Enf. FLOR VIOLETA RAFAEL DE TACULI
CAJAMARCA – PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL
GRADO DE DEPRESIÓN DE LAS MADRES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD PACHACÚTEC CAJAMARCA - 2019.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR LA BACHILLER
SAGÁSTIGA HUAMÁN, HEYDI ROXANA

ASESORA: MCs. Lic. Enf. FLOR VIOLETA RAFAEL DE TACULI
CAJAMARCA – PERÚ

2020

Copyright© 2020 by
HEYDI ROXANA SAGÁSTIGA HUAMÁN
Todos los Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

SAGÁSTIGA H. 2020. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL GRADO DE DEPRESIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC CAJAMARCA – 2019/ Heydi Roxana Sagástiga Huamán/ 94 páginas.

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Asesora: MCs. Lic. Enf. Flor Violeta Rafael de Taculi

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería–
UNC 2020

HOJA DE JURADO EVALUADOR

TITULO DE LA TESIS:

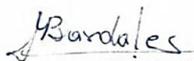
**“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL GRADO DE
DEPRESIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC CAJAMARCA – 2019”**

AUTORA: Bach. Enf. HEYDI ROXANA SAGÁSTIGA HUAMÁN.

ASESORA: MCs. Lic. Enf. FLOR VIOLETA RAFAEL DE TACULI.

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



.....
Dra. Mercedes Marleni, Bardales Silva
Presidenta



.....
Dra. Dolores Evangelina, Chávez Cabrera
Secretaria



.....
M. Cs. Cristina Consuelo, Sánchez Cabrera
Vocal

Universidad Nacional de Cajamarca
Facultad de Ciencias de la Salud

MODALIDAD "A"

Acta de sustentación de tesis virtual, basado en el Reglamento de sustentación de tesis virtuales Resolución 944-2020 artículo 8

Siendo las 8:00 am del día 14 de diciembre del año 2020 se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL GRADO DE DEPRESIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC CAJAMARCA - 2019.

presentada por el(la) Bachiller en: ENFERMERÍA

Nombres y Apellidos: HEYDI ROXANA SAGÁSTIGA HUAMÁN

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidente: Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

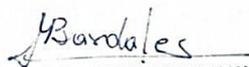
Secretario: Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

Vocal: M.Cs. Cristina Consuelo Sánchez Cabrera

Asesor: M.Cs. Flor Violeta Rafael de Taculí

Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

El(la) tesista ha obtenido el siguiente calificativo: letras **DIECIOCHO** números **(18)** Siendo las 09:20 am del día 14 mes diciembre del año 2020 se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.



.....
Presidente

Apellidos y nombres:

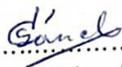
Dra. Bardales Silva, Mercedes Marleni



.....
Secretario

Apellidos y nombres:

Dra. Chávez Cabrera, Dolores Evangelina



.....
Vocal

Apellidos y nombres:

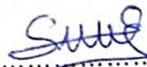
M.Cs. Sánchez Cabrera, Cristina Consuelo



.....
Asesor

Apellidos y nombres:

M.Cs. Flor Violeta Rafael de Taculí



.....
Tesista

Apellidos y nombres:

Sagástiga Huamán, Heydi Roxana

DEDICATORIA

A Dios por todo lo que soy y he logrado ser, porque está presente en cualquier lugar, momento y circunstancia y hasta donde permita que sea yo.

A Antonela, luz de mi vida por ser razón y motivo para cada día ser mejor, la cual me da fuerzas y fortalece mi camino para seguir adelante.

A mi madre y hermano por su apoyo incondicional durante toda mi vida.

A las Enfermeras y Docentes que me han acompañado durante el largo camino brindándome siempre sus conocimientos, orientación, experiencias con profesionalismo durante mi formación académica.

Heydi Sagástiga H.

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre y hermano por su cariño y su constante apoyo para lograr mis metas, por sus consejos, por despertar lo que soy y enseñarme a serlo.

A mi Universidad Nacional de Cajamarca, directamente a la facultad ciencias de salud, a los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, quienes me inculcaron, conocimientos, valores éticos y morales, liderazgo, su amistad, y apoyo incondicional, durante el proceso de enseñanza.

A mi asesora MCs. Lic. Enf. Flor Violeta Rafael de Taculi por su apoyo incondicional para realizar el presente trabajo de investigación bajo su dirección, apoyo y confianza; pues su capacidad para guiar este estudio ha sido un aporte invaluable, en el desarrollo de esta tesis y en mi formación como investigadora.

A todo el personal que labora en la micro red Pachacútec, médicos, licenciados en enfermería, técnicos, por su apoyo durante el desarrollo de dicha investigación, por su calidad humana, amistad y ayuda en los diferentes ejes de intervención de enfermería.

Heydi Sagástiga H.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema:	3
1.2 Formulación del problema:	5
1.3 Justificación:	6
1.4 Objetivos:	7
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes del estudio:	8
2.2 Bases teóricas:	14
2.3 Hipótesis	35
2.4 Variables de estudio	36
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE ESTUDIO	38
3.1 Tipo de estudio:	38
3.2 Diseño de la investigación	38
3.3 Área de estudio	38
3.4 Población y muestra	39
3.5 Unidad de análisis	40
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	40
3.7 Técnica e instrumentos de recolección de datos	41
3.8 Validez y confiabilidad	44
3.9 Procesamiento y análisis de datos	44

3.10	Principios éticos	45
	CAPÍTULO IV	46
	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
	CONCLUSIONES	63
	RECOMENDACIONES	64
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
	ANEXO I	73
	ANEXO II	74
	ANEXO III	75
	ANEXO IV	76
	ANEXO V	77
	ANEXO VI	78

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1:** Características sociales de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019. **46**
- Tabla 2.** Factores psicológicos de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019. **49**
- Tabla 3.** Grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019. **52**
- Tabla 4.** Relación entre los factores sociales y el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019. **54**
- Tabla 5.** Relación entre los factores psicológicos: violencia familiar, apoyo familiar y el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el centro de salud Pachacútec Cajamarca – 2019. **58**
- Tabla 6.** Grado de depresión según la disfunción familiar de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019. **61**

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I: Confiabilidad del instrumento de medición	73
ANEXO II: Solicitud de autorización para aplicación de instrumento	74
ANEXO III: Hoja de consentimiento informado	75
ANEXO IV: Cuestionario Datos de filiación	76
ANEXO V: Test APGAR FAMILIAR	77
ANEXO VI: ESCALA DE HAMILTON para la depresión	78

RESUMEN

Factores psicosociales que influyen en el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca - 2019.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores psicosociales, y como estos influyen en el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019. Estudio descriptivo, correlacional y de corte trasversal; la muestra estuvo conformada por 82 madres adolescentes. Los datos se recolectaron por medio de un cuestionario estructurado, una escala y un test: Escala de Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS), y el test de APGAR Familiar. Se obtuvo como resultados, que 78.0% de las madres se encuentra entre los 15 a 17 años de edad, 30.0% tienen secundaria incompleta, 72.0% son convivientes, 43.0% amas de casa, 89.0% percibe un ingreso económico inferior al sueldo mínimo vital y reciben apoyo familiar, 17.0% sufren violencia familiar de tipo psicológica y física 7.0% y sexual 3.0%, el 33.0% pertenece a familias con disfunción familiar leve, el 61.0% no cursan depresión, 23.0% depresión ligera o menor, 10.0% depresión moderada y el 4.0% depresión muy severa. Encontrando relación estadística y altamente significativa entre violencia familiar, apoyo familiar, disfunción familiar con el grado de depresión (p valor =0.000).

PALABRAS CLAVES: factores psicosociales, adolescencia, depresión.

¹ Bachiller en Enfermería aspirante al título de Licenciada en Enfermería

² MCs. Lic. Enf. Flor Violeta Rafael de Taculi. Docente principal del área de Materno Infantil de la Universidad Nacional de Cajamarca.

ABSTRACT

Psychosocial factors that influence the degree of depression of adolescent mothers cared for at the Pachacútec Cajamarca Health Center - 2019.

The objective of this investigation was to determine psychosocial factors, and how these influence the degree of depression of adolescent mothers attended at the Pachacútec Cajamarca Health Center - 2019. Descriptive, correlational and cross-sectional study; the sample consisted of 82 adolescent mothers. Data were collected by means of a structured questionnaire, a scale and a test: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), and the Family APGAR test. The results were that 78.0% of mothers are between 15 to 17 years of age, 30.0% have incomplete secondary school, 72.0% are cohabitants, 43.0% are housewives, 89.0% receive an economic income lower than the minimum wage and receive family support, 17.0% suffer psychological and physical family violence 7.0% and sexual 3.0%, 33.0% belong to families with mild family dysfunction, 61.0% do not have depression, 23.0% mild or minor depression, 10.0% depression moderate and 4.0% very severe depression. Finding statistical and highly significant relationship between family violence, family support, family dysfunction with the degree of depression (p value = 0.000).

KEY WORDS: psychosocial factors, adolescence, depression.

¹ Bachelor of Nursing aspiring to the title of Bachelor of Nursing

² MCs. Lic. Enf. Flor Violeta Rafael de Taculi. Main teacher of the Maternal and Child area of the National University of Cajamarca

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos son las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en la adolescencia, siendo más frecuente en mujeres que en varones; están asociados a los vaivenes de la vida que no pueden ser explicados solamente por los desequilibrios de la neuroquímica cerebral, sino también se suman los factores externos e internos, más conocidos como factores psicosociales que tienen un papel influyente en los cambios o trastornos del estado de ánimo de las personas, debido a que la adolescente está sometida a mayor nivel de estrés, dado por la responsabilidad que tiene que asumir en el hogar, crianza de los hijos, prejuicios sociales que las vuelven más proclives de sufrir trastornos del estado de ánimo como la depresión (1).

La depresión se ha convertido en un diagnóstico frecuente en los servicios de salud y según datos de la OMS, 2017; se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad de largo plazo y dependencia, convirtiéndose en un gran problema de salud pública por el impacto que tiene en el individuo, su familia y la comunidad. Se presenta como un estado de tristeza acompañado de una disminución de las actividades intelectuales, físicas y sociales; siendo una de las complicaciones más prevalentes y graves; a la que no se le da la debida importancia, es una enfermedad que puede ser tratada y debe ser conocida por todos (2).

A pesar de ser una enfermedad común y ampliamente estudiada, no están determinados claramente los factores psicosociales que influyen directamente tanto en su origen y/o mantenimiento, se han involucrado diversos factores; los internos como es la deficiencia funcional de neurotransmisores a nivel de los receptores adrenérgicos, las reducciones funcionales del nivel de serotonina, explicables según los modelos biológicos favorecen esta enfermedad. Por otro lado, los factores externos como los estresores psicosociales como la edad, ocupación, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, apoyo familiar, defunción familiar, violencia familiar; también juegan un importante papel en su desarrollo, motivo por el cual se realizó la presente investigación, con el objetivo de determinar y analizar la asociación entre la depresión y los factores psicosociales (3).

La importancia de cuidar la salud mental de la madre es parte fundamental de la salud en general, es un aspecto indispensable para la óptima estabilidad de la persona, teniendo en cuenta no solo las consecuencias personales, sino también el entorno familiar y en particular el desarrollo de los hijos, además de ello; la elevada incidencia de sintomatología psicológica y emocional en esta población puede desencadenar alteraciones en los trastornos de ánimo los mismos que al no ser identificados, diferenciados y tratados pueden conducirlos a algún nivel de depresión y en muchos casos terminan en suicidio (2).

La investigación consta de IV capítulos los que se describen a continuación:

En el Capítulo I: Aborda el problema de investigación científica, planteamiento del problema; formulación del problema, justificación de la investigación y objetivos.

En el Capítulo II: Presenta el marco teórico, antecedentes del estudio, base teórico conceptual, hipótesis, variables de estudio y operacionalización de variables.

En el Capítulo III: Presenta la metodología de la investigación, tipo de estudio, diseño de la investigación; área de estudio, población y muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, descripción de técnicas e instrumentos; validez y confiabilidad, procedimiento de datos, procesamiento de datos y principios éticos.

En el Capítulo IV: Aborda los resultados de la investigación en tablas con su respectiva interpretación, análisis y discusión.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema:

Los problemas de salud mental han cobrado actualmente una gran prevalencia, por lo que se hace indispensable un enfoque efectivo de índole preventivo de estas patologías, así como la implementación de una terapia oportuna y eficaz. Los trastornos depresivos afectan a todas las edades, razas, géneros y momentos de la persona. Al comparar las prevalencias de depresión entre varones y mujeres, se evidencia que es más frecuente en mujeres. Estos trastornos causan dolor y sufrimiento en la vida de muchas personas, lamentablemente, una gran mayoría de los afectados no buscan ayuda porque ellos mismos desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y OPS (2018), la depresión es un trastorno mental frecuente y la principal causa mundial de discapacidad entre los adolescentes; la cual contribuye de forma significativa a la carga mundial general de morbilidad, se calcula que más de 300 millones de personas padecen de depresión en todo el mundo, un incremento de más de 18% entre los años 2005 y 2015; así mismo es la segunda causa de muerte donde cada año se suicidan 800 000 personas por depresión. Aun habiendo tratamientos eficaces, más del 90% de los afectados no lo recibe, siendo como obstáculos la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, déficit en la atención a la salud mental y la evaluación clínica inexacta (4).

En América Latina y el Caribe, cerca de 50 millones de personas prevaleciendo adolescentes y adultos mayores padecían de depresión en 2015, alrededor de 5% de la población. Donde 7 de cada 10 personas con depresión no reciben el tratamiento que necesitan. Brasil es el país con más depresión en América latina afectando al 5.8% de la población, continuando cuba (5,5%); Paraguay (5,2%); Chile y Uruguay (5%); Perú (4,8%); Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana (4,7%); Ecuador (4,6%); Bolivia, el Salvador y Panamá (4,4%); México, Nicaragua y Venezuela (4,2%), Honduras (4%); y Guatemala (3,7%). Según un estudio dirigido

por la OMS (2018), que calculó los costos de tratamiento y los resultados de salud en 36 países de ingresos bajos, medios y altos durante los 15 años que van de 2016 a 2030, teniendo en cuenta los bajos niveles de reconocimiento, el acceso a la atención de la depresión y otros trastornos mentales comunes, como la ansiedad, resultarán en una pérdida económica global de un billón de dólares cada año (4,5).

En nuestro país en vías de desarrollo, la depresión para el año 2020 ocupa el primer lugar, donde se ha identificado que es mayormente durante la adolescencia cuando se inicia el desarrollo de la sintomatología depresiva. Debido a ello, las personas que se encuentran en este periodo se convierten en uno de los sectores poblacionales con mayor propensión y vulnerabilidad a experimentar esta enfermedad mental (6). Las posibles causas de la prevalencia en esta población están vinculados a factores psicosociales, condiciones biológicas, problemas de escolaridad y rendimiento académico, los cambios hormonales, los antecedentes personales o familiares de depresión, los problemas de pareja y las complicaciones del embarazo adolescente (7).

El Ministerio de Salud (MINSA) (2018), reportó un total de 1384 intentos de suicidio; donde el 65,5% de personas que intentaron suicidarse correspondieron a mujeres gestantes y puérperas adolescentes. Los motivos principales fueron: la depresión a raíz de los problemas con la pareja, problemas con los padres, otros problemas de salud mental y problemas económicos (8).

La depresión durante la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública y de gran relevancia en los últimos tiempos. El ofrecer una atención biopsicosocial de buena calidad siempre ha sido una meta para las instituciones de salud, por ello la OMS indica: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” cabe mencionar que en esta definición se considera la salud mental como algo más que la ausencia de discapacidades o trastornos mentales. Por lo que se debe considerar que la promoción, la prevención y el restablecimiento de la salud mental deberían ser preocupaciones vitales de las entidades de salud (9).

En Cajamarca los intentos de suicidio, así como los suicidios se encuentran dentro de las primeras causas de mortalidad en adolescentes, siendo uno de los orígenes la depresión, el embarazo y maternidad temprana convirtiéndose en un desafío para la región ya que, asociados a factores como la pobreza, la falta de oportunidades, el contexto familiar, amical, amoroso y educativo afectan la salud mental y atraviesan por un cuadro depresivo teniendo como consecuencia el pensamiento suicida (10).

En el ámbito clínico, por experiencia personal durante el internado, se pudo evidenciar que algunas madres adolescentes desarrollaban alteraciones emocionales, observándose síntomas característicos de la depresión como conductas de irritabilidad repentinos con ira, sensibilidad, aislamiento familiar y amical, sentimientos de tristeza o melancolía la mayor parte de tiempo, somnolencia, trastornos alimentarios, consumo de drogas, comportamientos no coherentes al sentimiento maternal, rechazo hacia su hijo, negación al amamantamiento, visualizando al nuevo ser como el inicio de un sin fin de problemas. Otros aspectos que influyen de modo indirecto sobre la depresión en las madres adolescentes son los factores psicosociales como: Edad, nivel de educación, ocupación de la madre, estado civil, violencia familiar, apoyo social, apoyo familiar, ingreso económico, entre otros; todo esto conlleva a problemas no solo en las mujeres, sino también en la salud del niño en desarrollo, de su familia y la de la sociedad en su conjunto (7).

Vista esta problemática, y observándose que en nuestro contexto aún no existen estudios sobre los factores psicosociales que influyen en el grado de depresión de las madres adolescentes nos formulamos la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del problema:

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec – Cajamarca, 2019?

1.3 Justificación:

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a un elevado número de personas en todo el mundo, siendo la adolescencia un grupo etario de mayor riesgo, así mismo debemos tener presente que la falta de atención a los problemas de salud mental puede generar consecuencias adversas en la capacidad económica y productiva en quienes lo presentan, es por ello que la salud mental produce un impacto en los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y es un elemento importante para el desarrollo. La directora de la OPS, indicó: “La depresión nos afecta a todos, no discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima” (11).

Debido a que los trastornos mentales constituyen un problema social y de salud pública por su elevada prevalencia durante la adolescencia que asociados a factores psicosociales se convierten en fuentes de gran sufrimiento tanto para el individuo, su entorno familiar y social; sin embargo este tema continua siendo postergado en la agenda y políticas públicas, es por ello que se realiza este estudio a fin de aportar elementos que permitan, a las instituciones prestadoras de servicios de salud, dar la debida importancia a la salud mental de las adolescentes (12).

La identificación de los factores psicosociales que prevalecen en las madres adolescentes del Centro de Salud Pachacútec, sirve a los profesionales de salud para reorientar las reformas y estrategias de atención en salud mental, así mismo ayudará a planificar estrategias que tomen en cuenta patrones que contribuyan a la mejora de las políticas públicas de salud referidas a la madre con el fin de mejorar este problema; e incitando al gobierno y a las instituciones del sector salud a la acción inmediata en la prevención de la depresión y oportuna identificación de factores de riesgo. También sirve de base para otras nuevas investigaciones, para contribuir y aportar al área de investigación.

1.4 Objetivos:

1.4.1 General:

Determinar los factores psicosociales que influyen en el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec – Cajamarca, 2019.

1.4.2 Específicos:

Describir los factores psicosociales de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec – Cajamarca, 2019.

Determinar el grado de depresión que presentan las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec- Cajamarca, 2019.

Establecer la relación entre los factores psicosociales y el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec – Cajamarca, 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio:

En relación al objeto de estudio, se encontraron los siguientes trabajos de investigación.

Internacionales

Cordero M. (Ecuador, 2016): en su estudio, cuyo objetivo fue identificar la relación entre la depresión con la funcionalidad familiar como variable predictora. Este estudio es de corte descriptivo, transversal y no experimental. La muestra son 90 adolescentes embarazadas del sub centro de salud N° 2, José María Astudillo, de Cuenca. Se utilizó el test de depresión de Beck (1996) y el cuestionario de funcionalidad familiar (Ortega, Cuesta y Días 1999). Cuyo resultado fue que existe una alta prevalencia de depresión en adolescentes embarazadas, con 68,89%. En cuanto a la funcionalidad familiar 58,88% tiene una familia con algún nivel de disfuncionalidad. Concluyendo que si existe relación entre la depresión y funcionalidad familiar con un valor de significancia $p < 0.000$. De esta manera, es importante continuar con estudios que evidencien las variables que se asocien con la depresión en las adolescentes (13).

Estupiñán M, Vela D. (Colombia, 2015): en el artículo de investigación: “Calidad de vida de madres estudiantes universitarias” tuvo como objetivo: analizar la calidad de vida percibida por madres estudiantes universitarias-Bogotá. Estudio comprensivo de tipo fenomenológico hermenéutico, Se usaron relatos de vida y entrevistas con 34 estudiantes, entre los 19 y 24 años de edad, que fueron o son madres. Cuyos resultados fueron: la universidad como red de apoyo social es percibida negativamente; las madres estudiantes sienten rechazo y desconsideración. Su situación económica es difícil. En ocasiones se sienten solas y experimentan vacío afectivo. El deterioro en la salud física, el estrés y la depresión hacen que la salud emocional también se vea afectada; generalmente tienen dificultad para comer y

dormir. La maternidad asumida positivamente genera productividad personal, que encamina sus objetivos al crecimiento profesional, para obtener un buen desempeño laboral. Concluyendo que la calidad de vida de las estudiantes madres está ligada a la condición de sus relaciones familiares y al apoyo social que perciben en el contexto universitario. (14).

Bonilla O. (Colombia, 2014): en su estudio realizado, con el objetivo de conocer la prevalencia de trastornos depresivos en dos grupos poblacionales de mujeres adolescentes, atendidas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez de la ciudad de Medellín. Estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 125 adolescentes embarazadas y 125 adolescentes no embarazadas estudiantes del colegio Jorge Eliécer Gaitán. Las participantes respondieron una encuesta de Zung compuesta por 20 preguntas cada una con 4 posibles opciones de respuesta que valoran el estado de ánimo para diagnóstico de depresión. Cuyo resultado de este estudio, en su mayoría las adolescentes embarazadas, tiene la prevalencia de depresión del 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16,8%. Se describen los factores de riesgo en los dos grupos siendo el apoyo social y familiar, grado de instrucción, autoestima. Concluyendo que la depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en Medellín (15).

Corona J. (México, 2014): en su investigación, donde su objetivo fue determinar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar N° 92 en el periodo enero a diciembre 2014 - ciudad azteca. Realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, a las cuales se les aplicó la escala de depresión de Zung derivada de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Se estudió a una población de 76 pacientes, de acuerdo a los datos obtenidos un 68.4% cursan sin depresión, 22% con depresión leve y 9% con depresión moderada, de las cuales 42% son amas de casa, 47.9% son solteras y 39.5% casadas llevan una buena relación de pareja un 52%, el mayor índice de depresión lo encontramos en la semana 27 a 40, entre la edad de 17 años con un porcentaje de 23.8%. Concluyendo que las adolescentes embarazadas que presentan el mayor número de depresión son las de 17 años de edad, las cuales se encuentran en el

segundo trimestre de gestación, presentando en mayor promedio depresión leve, con una relación de pareja buena, con estado civil soltera (16).

Brito T. (Ecuador, 2014): en su trabajo de investigación realizado para determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas, dependiendo de la edad en que se embarazaron y del apoyo recibido de familiares y amigos. Teniendo un tipo de estudio no experimental, descriptivo y exploratorio, la muestra fue una población de 100 gestantes, 50 de las cuales eran menores de 18 años y se encontraron embarazadas, y 50 restantes eran mayores de edad en el mismo estado. Cuyo resultado fue que las adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresión con sintomatología grave y las mujeres que contaban con apoyo materno tendían a desarrollar depresión leve, lo cual es altamente significativo. Concluyendo que las jóvenes más vulnerables a embarazos precoces son las que proceden de hogares disfuncionales carentes de lazos de unión, comunicación y redes de apoyo; encontrando un refugio en su pareja y experimentando situaciones de placer y riesgo que ocasiona embarazos no deseados los cuales la mayoría de veces van acompañados de trastornos del estado de ánimo como la depresión (17).

Nacionales

Cordova J. (Perú, 2017): realizó un estudio titulado: “Factores asociados a depresión postparto” su objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados a depresión en mujeres atendidas en el Hospital Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017. Estudio de tipo analítico transversal; a partir de la escala de depresión de Edimburgo. Cuyos resultados fueron de 125 madres, la mediana de edad fue de 23 años, el 34,4% de las puérperas atendidas presentaban depresión-postparto. Concluyendo que la prevalencia de depresión fue alta (34,4%) y esto se asoció a edad, ser soltera, grado de instrucción analfabeta, proceder de zona rural, haber presentado abortos previamente, no sentirse capaz de cuidar a su bebé, tener el diagnóstico previo de depresión y depresión post-parto (18).

Ellaconza J. (Perú, 2016): en su estudio realizado, con el fin de: Determinar los factores asociados a las gestantes adolescentes deprimidas que asisten al hospital Hipólito Unanue, 2016. Se realizó una investigación de tipo descriptiva, prospectiva de corte transversal. La muestra fueron todas las gestantes adolescentes atendidas en los diversos servicios del Hospital Hipólito Unánue de la ciudad de Lima, una muestra de 384 gestantes. Concluyendo que el grado depresivo con mayor concurrencia en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unánue fue moderada, los factores asociados, relacionados fueron con la familia y con la pareja, siendo mala relación con cada actor social y de las agresiones físicas o psicológicas por parte de sus parejas, fueron las causantes para que ingresaran a un cuadro depresivo de significancia moderada (19).

Atencia S. (Perú, 2015): en su trabajo de investigación, donde tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo para la depresión postparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de abril a junio del 2015. Se realizó un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 180 madres adolescentes, que se dividieron en dos grupos: 90 pacientes que tuvieron depresión posparto (casos) y 90 pacientes sin depresión posparto (control). Los factores psicológicos de riesgo para depresión posparto son el recibir insultos de familiares o pareja, la sensación de ansiedad, la sensación de melancolía, la sensación de culpabilidad, la dificultad para concentrarse, la dificultad para criar al bebé, el tener un embarazo no deseado, la depresión antes de la gestación, la depresión durante la gestación, la vivencia de un hecho estresante, el antecedente familiar de depresión, el no contar con el apoyo emocional de la pareja y el no tener una buena relación con la pareja. Asimismo, los factores sociales de riesgo para depresión posparto son el tener una pareja que no cuenta con trabajo, el no tener el apoyo económico de la pareja y el consumo de sustancias nocivas. Concluyendo que los principales factores de riesgo para la depresión en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebe por alguna complicación (20).

Calloapaza M. (Perú, 2015): en su estudio titulado: “Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná”, tuvo como objetivo: Determinar la constancia de ansiedad y depresión en grávidas adolescentes y no adolescentes que acudieron al Hospital de Camaná – Caraveli. El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo y relacional, en la muestra trabajo con 90 participantes (30 grávidas >12 y < 17 años de edad) y (60 grávidas > de 17 años), como resultados se obtuvo: Con relación a la depresión en >12 y < 17 años de edad, 18(60%) tuvieron depresión un grado leve y de las grávidas > de 17 años, 20(33.3%) presentaron depresión con un p valor <0.05. Concluyendo que se halló frecuencia de ansiedad y depresión, las Características: el analfabetismo, el estado civil soltera son factores que se asocian con ansiedad y depresión todos con un grado de significancia < al p valor de 0.005 (21).

Ventocilla V. (Perú, 2014): en su investigación, cuyo objetivo fue describir los niveles de depresión que presentan las madres de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud La Revolución. El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 72 madres gestantes entre las edades de 16 a 28 años, que acudieron a atenderse en la Micro red de Salud. Para el recojo de la información se aplicó la Escala de depresión de Hamilton que consta de 17 ítems, y consta de tres dimensiones (melancolía, ansiedad y sueño). Cuyos resultados indican que la mayoría de madres gestantes presentan un nivel de depresión ligera (55.6%), seguido del nivel de no depresión (22.2%), depresión moderada 15.3% y depresión grave con 6.9% respectivamente; en la dimensión de sueño, el 41.7% de las madres presentan depresión grave. Concluyendo que la mayoría de madres gestantes atendidas en la Micro Red Juliaca, Centro de Salud La Revolución, presentan un nivel de depresión ligera (22).

Locales

Heredia Y. (Cajamarca, 2018): en su estudio de tipo correlacional, no experimental de corte trasversal, su objetivo: Determinar la influencia de la condición del estado civil en el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, realizado en un grupo de 110

gestantes adolescentes. Se encontraron como resultados que el 60,9% pertenece al grupo etario de 17-19 años; el 31,8% tiene secundaria completa; el 50,9% son amas de casa y el 62,7% procedentes de la zona urbana. La condición del estado civil que prevaleció fue el de soltera viviendo con la propia familia en 41,8%; tuvieron un nivel de ansiedad muy baja en el 91,8% de los casos y depresión leve en el 48,2%; las solteras viviendo con la propia familia y quienes viven solas con la pareja presentaron mayores porcentajes de ansiedad moderada con 13% y 10% respectivamente; de igual forma las adolescentes solteras viviendo con la propia familia y quienes viven solas con la pareja presentaron depresión moderada en 41,3% y 5% respectivamente. Concluyendo que: se encontró relación significativa entre la condición del estado civil y el grado de Ansiedad y depresión (23).

Portal E. (Cajamarca, 2017): realizó un estudio titulado: “Factores Psicosociales que influyen en los Trastornos del estado de animo de las Puérperas atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar Cajamarca. 2017”, cuyo objetivo fue: Determinar los factores psicosociales que influyen en el trastorno del estado de ánimo de las puérperas atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar Cajamarca. 2017, corresponde a un estudio descriptivo, no experimental, transversal y correlacional realizado en una muestra de 136 puérperas mediatas, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó como instrumentos un cuestionario estructurado donde se recogieron los datos básicos de las puérperas y dos tipos de test: “Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), y Cuestionario de psicosis puerperal” a través de los cuales se recogieron datos correspondientes al estudio. Cuyos resultados fueron de las 136 puérperas encuestadas, el 58,1 % presentó ansiedad; el 63,2% presentó depresión y el 4,4% presentó psicosis puerperal. Concluyendo que los factores psicosociales que influyen son: las edades comprendidas entre 20 a 29 años (22,8%), estado civil conviviente (41,2%) y violencia familiar (52,2%). En cuanto a psicosis puerperal, influyeron la edad menor o igual a 19 años (3,7%), estado civil soltera (3,7%), grado de instrucción primaria (4,4%) y puérperas que a veces reciben apoyo familiar (2,9%) (24).

Huamán C. (Cajamarca, 2016): en su estudio realizado, tuvo como objetivo: Determinar la asociación entre la depresión y los factores predisponentes de las madres puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza de la ciudad de

Bambamarca, durante el año 2016. Es un estudio descriptivo, no experimental, transversal y correlacional, realizado en una muestra de 162 madres puérperas que fueron atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza de la ciudad de Bambamarca, durante los meses de Enero a Marzo del 2016, para lo cual se utilizó como instrumentos un cuestionario estructurado y cinco tipos de test: “Escala de Vaux (Escala de apoyo familiar) Escala Adaptada de Paes y Cols. (Escala de apoyo social), Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, Test de Apgar Familiar y Test de Autoestima de Cooper Smith” a través de los cuales se recogieron datos correspondientes al estudio. Como resultado se obtuvo que el 57,41 % de madres presentó depresión. Concluyendo que los principales factores predisponentes de Depresión fueron el nivel de autoestima y la violencia familiar además de la ocupación lugar de procedencia, paridad y el ingreso económico (25).

2.2 Bases teóricas:

2.2.1 Depresión

El concepto de esta enfermedad comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, considerándose como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra. Samuel Johnson (siglo, XIX) sostuvo una gran lucha por hacer cambiar el término “Desorden Melancólico” por el de “Depresión”, a partir de ese momento se desplazaron las otras nomenclaturas para dicha enfermedad. Hacia final del siglo XIX, el término depresión se había hecho popular refiriéndose a una alteración de las emociones donde los rasgos más sobresalientes eran: menoscabo, inhibición y deterioro funcional (26).

Según la OMS, “la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Esta puede “llegar hacerse crónica, recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria” (26).

Asimismo, la depresión suele producirse a temprana edad y se expresa con diversos síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento, que incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, fatiga, disminución de la actividad, pérdida del interés, sentimientos de culpa e inutilidad, pérdida de la confianza, impotencia, ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio. Estos síntomas van a variar en intensidad y expresión según la personalidad de cada sujeto y la causa de dicha enfermedad (27).

La persona con depresión va perdiendo la capacidad para regular su autoestima y de un funcionamiento eficaz, sintiéndose evadida por diferentes emociones negativas. Su origen es multifactorial y compleja, las cuales pueden ser de origen genético, fisiológico, hormonal o ser provocada por condiciones de estrés, factores psicológicos y sociales (27).

2.2.2 Epidemiología de la depresión

La depresión es el trastorno mental más frecuente en el Perú. Se estima que 1`700 000 personas padecen de depresión en el Perú y aunque el número de casos no deja de crecer en todas las edades, la adolescencia es la población más afectada, sin embargo, la mayor parte de la población no lo ubica como un problema grave, pese a que sus efectos pueden ir desde un daño neuronal hasta la muerte a causa del suicidio (28).

El director general del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Dr. Humberto Castillo Martell, enfatiza que los trastornos mentales no son respuestas inmediatas a las circunstancias que uno está viviendo. La prevalencia de la depresión en lima metropolitana es de 18,2%, de la sierra peruana es de 16,2% y en la selva es de 21,4%. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultados que en un mes el 1% de las personas de lima metropolitana, 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presenten intentos suicidas (29).

El destacado psiquiatra sugiere buscar ayuda especializada en todas las situaciones mencionadas debido a que la depresión es una enfermedad que tiene tratamiento y cuanto antes se atienda el problema la respuesta será mucho mejor (29).

2.2.3 Cuadro clínico de la depresión

La depresión (Clave CIE-10 F32), se define como: “episodios leves, moderados o graves, de decaimiento del ánimo, con reducción de energía y disminución de la capacidad de sentir placer, el interés y la concentración, con frecuente cansancio, incluso con esfuerzos mínimos”. Habitualmente el sueño se perturba, disminuye el apetito, decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. Es el padecimiento psiquiátrico más frecuente que el médico de atención primaria enfrenta. Sin embargo, cerca del 50% de los médicos no muestra buena disposición para la atención de quienes la padecen, por lo que es sub diagnosticada (16).

La depresión se manifiesta como un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés aunque en los adolescentes se puede manifestar de otras formas como irritabilidad, cambio de apetito o de peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración y de culpa, dificultad para pensar, ideación suicida, pobre autocuidado de la salud y a través de 4 problemas típicos de la adolescencia: abuso de sustancias, iniciación sexual temprana y embarazo, deserción o problemas escolares y delincuencia (16).

2.2.4 Factores de riesgo para la depresión

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla (23).

La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia (23).

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos (23).

Factores personales: La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que varones en donde se estima que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes. Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor (23).

Factores sociales: Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia. En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico,

especialmente cuando el trastorno es crónico. El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos (23).

Factores cognitivos: La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión (23).

Factores familiares y genéticos: Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido (23).

Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo (23).

2.2.5 Sintomatología de la depresión en madres adolescentes

- La paciente muestra tristeza.
- No hay interés por realizar sus actividades cotidianas.
- Alteración del sueño y apetito.
- Irritabilidad hacia la pareja o hijos.
- Miedo a autolesionarse o hacer daño al niño.
- Sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre.
- Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia él bebe llega a gritarle e incluso a pegarle.
- Sentimientos de culpa.
- Pérdida de peso.
- Síntomas ansiosos, angustia, preocupación, fatiga, miedo, temblor, mareos, confusión, pánico, etc. (24).

2.2.6 Tipos de depresión

Los trastornos depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Actualmente existen dos clasificaciones que son ampliamente utilizadas: la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE-10) y LA Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM IV-TR), la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional (30).

Criterios diagnósticos generales para episodio depresivo según CIE- 10

- El episodio debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones

se les denomina melancólicos o endogenomorfos:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual (30).

En adolescentes se utilizan los mismos criterios que para los adultos con el agregado de que pueden existir conductas de riesgo de tipo autoagresivas (no suicidas) y además, bajo rendimiento escolar y aislamiento social. El ánimo depresivo en algunos casos se expresa más como irritabilidad que como depresión del ánimo. Puede haber consumo de sustancias y conductas antisociales, las cuales no reflejan necesariamente un trastorno de personalidad (30).

Criterios para episodio depresivo según CIE- 10

Criterio A: Criterios generales para episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas (31).
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico (31).

Criterio B: Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas (31).

- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar las actividades que anteriormente eran placenteras (31).
- Falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad (31).

Criterio C: Debe estar presente uno o más de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad (31).
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada (31).
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida (31).
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones (31).
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición (31).
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo (31).
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso (31).

Criterio D: Puede haber o no síndrome somático (31).

Depresión leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B, la persona con un episodio de depresión leve probablemente esta apta para continuar con la mayoría de sus actividades (31).

Depresión moderada: la persona con este tipo de depresión probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas (31).

Depresión grave: las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas

y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas en total (31).

Distimia: es una alteración crónica del ánimo que dura varios años, y no es suficientemente grave y sus episodios no son suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo en cualquiera de sus formas (31).

Criterios diagnósticos para distimia según CIE-10

Criterio A: Presencia de un periodo de al menos 2 años de humor depresivo constante, o constantemente recurrente. Los periodos intermedios de ánimo normal raramente duran más que pocas semanas y no hay episodios de hipomanía.

Criterio B: Ninguno o muy pocos episodios individuales, cuando los hay, debe ser lo suficientemente severo, para cumplir los criterios de un trastorno depresivo recurrente leve.

Criterio C: Presencia de por lo menos 3 síntomas en algunos de los periodos de depresión:

- Disminución de la energía o de la actividad.
- Insomnio.
- Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inseguridad.
- Dificultad para concentrarse.
- Llanto fácil.
- Pérdida de interés o satisfacción por la actividad sexual y otras actividades placenteras.
- Sentimientos de desesperanza o desesperación.

- Percepción de incapacidad para enfrentar las responsabilidades habituales.
- Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
- Aislamiento social.
- Disminución de la locuacidad (31).

2.2.7 Tratamiento de la depresión

La guía de la American Academy of Children and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2014) en los Estados Unidos recomienda diferentes intervenciones según la gravedad de la sintomatología.

En depresión leve: dar terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las primeras 6-8 semanas, las personas pueden mejorar por sí mismas, sin tratamiento, o con asesoramiento sobre cómo afrontar los problemas o cómo cambiar algunos aspectos del día a día que pueden ayudar a sentirse mejor. Los fármacos antidepresivos y las terapias psicológicas también son útiles en algunos casos (32).

En depresión moderada: iniciar terapia psicológica y/o un fármaco antidepresivo son las opciones de tratamiento (32).

En depresión severa: recomienda antidepresivo inicialmente siempre asociado con algún tipo de psicoterapia. En algunos casos, cuando otros procedimientos no han funcionado y la sintomatología es grave e incapacitante está indicada la terapia electroconvulsiva (TEC) que, pese a comentarios que hayas podido oír, es un tratamiento rápido y eficaz, que se administra en el hospital bajo anestesia general (32).

La guía de la National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) del Reino Unido recomienda psicoterapia como primera línea en cualquier tipo de gravedad de la depresión durante 12 semanas, y luego poder evaluar, si no hay respuesta, la necesidad de un antidepresivo.

Psico educación: Es muy importante explicarles a los familiares del paciente acerca de la depresión y la aceptación ante este diagnóstico. Deben reconocerse

cuáles serían los factores protectores a esta condición, pues reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación: Encontrar actividades o medios sociales que le puedan generar un buen sentido del humor, tener buenas relaciones sociales, que involucren mejores amigos, tener buenas relaciones familiares; que sean estrechas con uno o más miembros de la familia, que las personas a su alrededor le reconozcan logros personales, que tenga la oportunidad de estar matriculado en alguna actividad lúdica o física. La psicoeducación también pretende sensibilizar a la familia para reconocer signos y síntomas, riesgos de recaída, dificultades y acciones de los medicamentos (32).

Psicoterapias: son las que generan más reportes de eficiencia y eficacia de tipo cognitivo-conductual, que se fundamenta en la modificación, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales, de ciertas conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados con situaciones específicas y actitudes desadaptativas, que estarían relacionadas con la génesis de la sintomatología depresiva. La terapia familiar ha demostrado ser útil como coadyuvante de las psicoterapias individuales anteriormente mencionadas. Su valor es aún mayor cuando se trata de cuadros de disfunción familiar o de duelo. Lo importante es que la familia esté dispuesta a iniciar el proceso y a realizar los cambios que sean necesarios, dado que en ocasiones la depresión es la actuación de una conflictiva familiar (32).

Psicofármacos: debido a que la depresión tiene diferentes causas y gravedad, cada persona con depresión recibe un tratamiento farmacológico personalizado por el especialista en salud mental (32).

2.2.8 Factores psicosociales

Hacen referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en determinadas situaciones y que además tienen capacidad para afectar tanto el bienestar o la salud (física, psíquica o social) de la persona, estos son susceptibles de provocar daño pero también pueden influir de manera positiva en el bienestar y la salud (33).

La hipótesis inmunológica de la depresión considera que factores externos como los estresores psicosociales e internos como es la deficiencia funcional de neurotransmisores a nivel de los receptores adrenérgicos, las reducciones funcionales del nivel de serotonina, explicables según los modelos biológicos favorecen esta enfermedad (34).

Se conoce que la separación matrimonial, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, las dificultades en el ámbito laboral y familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno (34).

La percepción subjetiva de la falta de apoyo que reciben las madres adolescentes tras el nacimiento de su hijo, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño y apoyo emocional por parte de familiares o de su pareja, su temprana edad para afrontar el rol de madre, eventos vitales estresantes durante el embarazo, parto o puerperio, el nivel de estudio, el estado civil, la falta de recursos económicos para poder solventar sus gastos, los conflictos con la pareja, separaciones, la situación laboral de los cónyuges, incrementan el riesgo de desarrollar esta enfermedad (24).

Los factores de riesgo psicosociales para la depresión son:

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento (la edad se suele expresar en años). Se considera como un factor debido a que la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para la madre como para el bebé de padecer diversas complicaciones e incluso llegar a la muerte de ambos ya que no están preparados de manera física, fisiológica y psicológicamente (35).

Grado de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela por lo que se trunca sus estudios. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país,

puesto que se pierde los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (35).

Estado civil: situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente. Se considera un factor porque en muchos casos la pareja de la madre adolescente opta por abandonarla para huir de responsabilidades ya que en la mayoría también es otro adolescente (35).

Ocupación: Es el oficio en la que se desempeña una persona, independiente del sector en que puede estar empleada o del tipo de tareas y funciones desempeñadas. Es considerado como un factor ya que la mayoría de estas madres adolescentes no consiguen un trabajo o si lo tienen es con un sueldo precario o mínimo esto se debe por la poca o nula experiencia y porque muchas de ellas tienen escasa o ninguna educación (35).

Violencia familiar: es un gran problema de salud pública en todo el mundo, siendo las mujeres más vulnerables aquellas que no disfrutan de la protección de su familia, pues la ausencia de familia perjudica económicamente a las mujeres (pobreza, indigencia), y corren más riesgo de ser víctimas de violación o de trata de seres humanos, conllevándola a la depresión y en muchos casos tienen como consecuencia los suicidios (24).

Falta de apoyo familiar: es considerado como un factor psicosocial debido a que dentro del seno familiar existen miembros que no asumen plenamente su función de soporte responsable hacia la joven madre por lo que crea en ella un estrés que puede desencadenar un cuadro depresivo, este factor depende de las relaciones interpersonales familiares (25).

Disfunción familiar (APGAR): dentro de este contexto las alteraciones de cualquier índole que se den en la familia afectan el estado emocional de la madre adolescente llevándole en muchos casos a un cuadro depresivo, ya que no se llega a afrontar con éxito los cambios y tensiones de su entorno familiar (25).

Ingreso económico: cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo de tiempo determinado, son fuentes de ingreso sueldos, salarios, pagos de transferencia, alquileres, y otros. Un ingreso menor de un salario mínimo vital, es un dato que refleja las condiciones de pobreza en que se desenvolverá la nueva familia, constituyéndose en un factor de riesgo para su estado de salud ya que a menor ingreso económico, menor capacidad adquisitiva de alimentos que propicien una buena nutrición requerida para sus integrantes además de privarse de muchos otros por la falta de dinero (35).

2.2.9 Adolescencia

La palabra adolescente proviene del latín “adolescere” que significa crecer o madurar, y dependiendo de la manera cómo transcurre esta etapa, se define en gran medida la calidad de vida de las siguientes etapas del ciclo vital, el grado de desarrollo del potencial humano y en consecuencia, el capital social al que un país apuesta (36).

Según la “Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes” (NTS N° 157-MINSA/2019/DGIESP), considera a los adolescentes cuyas edades comprenden entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días (49). Es considerada como una etapa de transición y preparación para la edad adulta, la más importante en la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios en el cual se producen varias experiencias de desarrollo, más allá de la maduración física y sexual, estas incluyen la transición hacia la independencia social y económica, desarrollo de la identidad, adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones, asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto, aunque esta es una etapa de crecimiento excepcional constituye también una etapa de riesgos considerables, que en el contexto social puede tener una influencia determinante (37).

Características de los adolescentes

Es importante mencionar que habrá variaciones dependiendo de la persona, no todos ni todas las adolescentes crecen y se desarrollan de la misma manera ni al mismo tiempo; influyen su ambiente y cultura en donde estos crecen (23).

Aumento de estatura, disminuye la grasa del cuerpo.

Salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas).

El olor de su sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas).

La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura.

Varones: Ensanchamiento de espalda y hombros, crecimiento de vello, voz ronca, crecen los testículos, próstata y pene. Se tiene la primera eyaculación, producción de semen como a los 13 años.

Mujeres: Se ensanchan las caderas, se acumula grasa en las caderas y muslos, se notan más las curvas y la forma de la cintura, la voz es más fina, crecen los senos, crecen los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero, se presenta la menarquía.

Construcción de su identidad.

Necesidad de independencia.

Buscan pertenecer al grupo.

Evolución del pensamiento concreto al abstracto.

Contradicciones en su conducta y cambios de estado de ánimo.

Conflicto con los padres.

Analíticos y formulan hipótesis.

Llegan a conclusiones propias.

Les importa el prestigio. Egocéntricos.

Sostienen los ideales del líder del grupo.

El yo del adolescente se defiende, transforma: amor, odio; dependencia-rebelión; respeto y admiración.

Buscan placer.

Interés por el sexo.

Buscan identificarse con estereotipos.

Padecen ansiedad y culpa.

Depresivos, autodestructivos, suicidas.

Se enfrentan con la autoridad.

Defienden los derechos y la justicia social (38).

2.2.10 Vulnerabilidad en la Adolescencia

La adolescencia es un período de alta vulnerabilidad, tanto física, psicológica como social, e influyen factores y conductas que pueden tener consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura. Este segmento poblacional puede tener potenciada su vulnerabilidad según la influencia de factores biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, políticos, étnicos y raciales, en especial en ausencia de derechos; afectando de manera desigual a adolescentes, incluso a quienes que residen en una misma localidad (39).

La vulnerabilidad está influenciada por los efectos de:

Los factores de riesgo: estas situaciones, condiciones, etc. tienen una gran posibilidad de producir una situación o un efecto indeseable, pero que pueden ser modificados (39).

Las conductas de riesgo: son las acciones repetidas que pueden alterar el desarrollo psicológico, social o físico y tener repercusiones negativas para la vida actual o futura (39).

Los factores protectores: son las situaciones o conductas, que reducen los factores y las conductas de riesgo (39).

2.2.11 Factores protectores en la adolescencia:

Hacen referencia a aquellas características detectables del individuo, familia o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores y conductas de riesgo, por lo tanto reducir la vulnerabilidad (40).

Donas Burak (2001) plantea que existen dos tipos de factores protectores:

Factores protectores de amplio espectro: son indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños y riesgos. Dentro de ellos tenemos: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida elaborado, locus de control interno bien elaborado, permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia (40).

Factores protectores específicos: en ellos encontramos el uso de cinturón de seguridad; que reduce o evita accidentes moviliticos, no tener relaciones sexuales o tenerlas con métodos anticonceptivos; reduce o evita el embarazo y ETS, Sida, no fumar; reduce o evita el cáncer de pulmón (40).

Cabe destacar que el sector salud puede contribuir a modificar algunos de los factores y conductas de riesgo, a través de la oferta de información oportuna a través de servicios de salud a adolescentes. El acceso a información veraz y a servicios de salud son estrategias que demostraron ser efectivas actuando como factores protectores y mejorando las oportunidades, en especial de adolescentes más vulnerabilizados. La oferta de información es parte de la promoción en salud (41).

Donas Burak (2001) considera que el abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales: el objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes; las acciones deben ser intersectoriales, la salud debe ser visto desde el concepto de la integralidad, la atención debe ser multidisciplinaria, y debe existir una amplia participación de padres así como de docentes (40).

2.2.12 Embarazo adolescente

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), se ha definido: “al Embarazo adolescente o embarazo precoz a aquel que se produce en una mujer entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil, y el final de la adolescencia”.

La Organización Mundial de la Salud señala que 16 millones de adolescentes de 15-19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos donde los bebés de estas madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (41).

Consecuencias inmediatas y tardías

Las consecuencias del embarazo adolescente afectan a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más sufre. Generando una fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico y por la influencia, habitualmente negativa, del medio donde vive. Cuando ella informa a la familia de su embarazo, generalmente es reprendida por sus padres u otros familiares, quienes la culpan de sentirse defraudados por su acción siendo agredida emocional y a veces físicamente. En algunos momentos también puede ser agredida por su pareja. Como consecuencia de su nueva condición, la adolescente puede presentar comportamientos poco habituales, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto (41).

La madre adolescente tendrá que afrontar una serie de problemas como dejar la escuela, también ella tiene que ver cómo solventar económicamente su embarazo y los estudios. Ante esa situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es crítica ya que no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada (41).

En la minoría de los casos, su pareja la apoya y por ello también tiene que abandonar los estudios porque necesita trabajar. Si cuenta con el apoyo de su familia, la nueva familia vivirá en la casa de sus padres y probablemente pueda reiniciar los estudios. Sin embargo, habitualmente sigue realizando sus actividades sociales (salir con sus amigos, practicar deportes, etc.). La vida de ella se altera drásticamente y su habitual patrón de vida cambia sustancialmente, principalmente por sus obligaciones maternas y, a veces, por convivir con los padres de su pareja (41).

Los efectos negativos para los nuevos padres dependerán de las costumbres familiares y del entorno social. En numerosos lugares, el embarazo adolescente se aprecia como un error que tiene severas críticas sociales. Por lo tanto, la situación de riesgo de la joven embarazada es latente y permanente; su magnitud dependerá básicamente de que las dos familias y la sociedad entiendan que esta nueva condición puede presentar claras oscilaciones, en donde el punto de partida es un rechazo o reprimenda, después su aceptación y protección y, finalmente, en algunos casos puede haber reproches esporádicos. Esta condición habitualmente es diferente en la población indígena, en donde el embarazo temprano es parte de las pautas culturales. Generalmente las consecuencias son:

Rompimiento del proyecto de vida.

Deserción escolar.

Conflictos familiares y expulsión del hogar.

Abandono de la pareja.

Alteración emocional diversa.

Rechazo escolar y social.

Problema para obtener un empleo, carencia de un ingreso monetario suficiente.

Inclinación al consumo de sustancias lícitas e ilícitas.

Tendencia a la prostitución o delincuencia.

Depresión grave, suicidio (41).

2.2.13 Establecimientos de salud de categoría I – 4

Corresponde al primer nivel de atención, brindar atención integral de salud a la persona por etapa de vida, en el contexto de su familia y comunidad a través de una atención médica integral ambulatoria y con internamiento de corta estancia principalmente enfocada al área materno-perinatal e infantil, con acciones de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud de complejidad inmediata superior a la categoría I-3. Las familias atendidas son hogares nucleares, extendidos, compuestos, unipersonales y sin núcleo, predominan los hogares extendidos, que están conformados por un hogar nuclear más otros parientes, seguido de familias unipersonales y hogares sin núcleo (42).

2.2.14 Consultorio de materno – Obstetricia

En el centro de salud Pachacútec está función lo realiza el profesional de obstetricia en los horarios de 7 de la mañana a 7 de la noche de lunes a sábado. Este consultorio está encargado de proveer y administrar los servicios

complementarios de atención obstétrica, bienestar fetal, psicoprofilaxis, métodos anticonceptivos, programas de educación y atención obstétrica de bajo riesgo, atención a los adolescentes determinados en las guías y procedimientos clínicos de atención (42).

2.2.15 Consultorio de CRED

En el centro de salud Pachacútec está función lo realiza el profesional de enfermería en los horarios de 7 de la mañana a 7 de la noche de lunes a domingo, evaluando y brindando atención integral de control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 11 años, vacunación respectiva a toda la población según normatividad vigente. Este servicio cuenta con el equipamiento necesario que permite brindar una atención de calidad (42).

2.2.16 Consultorio de psicología

En el centro de salud Pachacútec el encargado de este consultorio es el psicólogo, evaluando y brindando atención psicológica integral al paciente, realizando referencia e interconsultas si las circunstancias lo ameritan favoreciendo la prevención y el abordaje de problemas psicológicos (42).

2.2.17 Definición de términos

Depresión: trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Esta puede “llegar hacerse crónica, recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria” (26).

Factores psicosociales: son aquellas condiciones que se encuentran presentes en determinadas situaciones y que tienen capacidad para afectar

tanto el bienestar o la salud (física, psíquica o social) de la persona, estos son susceptibles de provocar daño, pero también pueden influir de manera positiva en el bienestar y la salud (33).

Adolescencia: Según la organización mundial de la salud (OMS), define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es considerada como una etapa de transición y preparación para la edad adulta, la más importante en la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios en el cual se producen varias experiencias de desarrollo, más allá de la maduración física y sexual (37).

La maternidad en las adolescentes: es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir roles de madres, pero tradicionalmente en las zonas rurales, la maternidad en la adolescencia era una práctica común; lo que trae como resultado un incremento en el tamaño de las familias (43).

2.3 Hipótesis

Hi: Existe influencia entre los factores psicosociales y el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019.

Hipótesis nula

Ho: No Existe influencia entre los factores psicosociales y el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el centro de salud Pachacútec Cajamarca – 2019.

2.4 Variables de estudio

VARIABLE DEPENDIENTE

- Grado de depresión en las madres adolescentes.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores Psicosociales

2.4.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
VARIABLE DEPENDIENTE: Grado de Depresión	Trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de autoestima, sensación de cansancio y falta de concentración (26).	No deprimido	De 0-7 puntos	ANEXO IV ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON
		Depresión ligera o menor	De 8-13 puntos	
		Depresión moderada	De 14-18 puntos	
		Depresión severa	De 19-22 puntos	
		Depresión muy severa	Mayor a 23 puntos	
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores Psicosociales	Son aquellas condiciones que se encuentran presentes en determinadas situaciones y que tienen capacidad para afectar tanto el bienestar o la salud (física, psíquica o social) de la persona, estos son susceptibles de provocar daño pero también pueden influir de manera positiva en el bienestar y la salud (33).	FACTORES SOCIALES		ANEXO II Pregunta 1
		Edad	- 12-14 años - 15-17 años	
		Grado de instrucción	- Sin instrucción - Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior técnica - Superior universitaria	ANEXO II Pregunta 2
		Estado civil	- Soltera - Casada - Conviviente - Viuda - Divorciada	ANEXO II Pregunta 3
		Ocupación	- Ama de casa - Empleada de hogar - Trabajadora independiente - Trabajadora dependiente estatal - Trabajadora dependiente privada - Otros	ANEXO II Pregunta. 4
		FACTORES PSICOLÓGICOS		Pregunta 6
		Violencia familiar	- Si - No	Pregunta 7
		Apoyo familiar	-Nunca -A veces -Siempre	
		APGAR familiar (Funcionalidad)	- Familia Normofuncionante - Disfunción Leve - Disfunción moderada - Disfunción Familiar severa	Anexo III APGAR FAMILIAR
		Ingreso económico	- Sueldo mínimo Vital - < Sueldo mínimo Vital	Anexo II Pregunta 5

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

3.1 Tipo de estudio:

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles a ser medidos y sometidos a pruebas estadísticas para establecer la relación entre las variables.

El tipo de estudio es descriptivo, de corte trasversal y correlacional.

Descriptivo; porque se describe los factores psicosociales que influyen en el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el centro de salud Pachacútec. Es de corte trasversal porque los datos se recolectaron en un período de tiempo determinado y único. Es correlacional porque se determinó si existe o no relación entre las variables de estudio (44).

3.2 Diseño de la investigación

No experimental; es decir no se manipulo la variable de estudio.

3.3 Área de estudio

La presente investigación se realizó en la provincia de la sierra norte del Perú - Cajamarca; esta se encuentra situada a 2750 msnm, en la parte meridional del departamento homónimo. Es una ciudad en constante crecimiento poblacional, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la provincia tiene 1 341 012 habitantes en el censo realizado en el 2017, es el quinto departamento más poblado y está en proceso de conurbación con la vecina ciudad de Baños del Inca.

Se realizó en el Centro de Salud Pachacútec, ubicado en la Provincia de Cajamarca, en la Av. Perú N° 900; DISA: Cajamarca. Red: Cajamarca. Microred: Pachacútec. El primero de junio de 1997 se denomina Centro de Salud y luego en el año 1999

se designa Microred; sus límites son: al Norte con el barrio Urubamba y San Pedro, al Sur con el Barrio San Sebastián y Bellavista, al Este con el Barrio Silva Santisteban, y al Oeste con las comunidades de san Cristóbal y Magdalena, según la Norma Técnica de Categorización de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud (MINSA) tiene nivel I-4. Estando organizado para brindar atención con camas de internamiento y con un paquete de atención integral en las diferentes etapas de vida, bajo su jurisdicción tiene catorce comunidades, atiende a toda la población las 24 horas, cuenta con los servicios de admisión, triaje, emergencia, hospitalización, medicina general, atención de partos no complicados, Enfermería, Obstetricia, Psicología, Odontología, Nutrición, Laboratorio Clínico, farmacia, digitador, seguro integral de salud y servicios extramurales como visitas domiciliarias, campañas de atención integral, charlas educativas, entre otros.

3.4 Población y muestra

Población: la población objeto de estudio estuvo conformada por las 570 madres adolescentes atendidas en los diferentes servicios que brinda el centro de salud Pachacútec, Cajamarca 2019.

Muestra: El tamaño de muestra en la presente investigación se obtuvo a través de la fórmula para población finita, con un nivel de confianza del 90% y un error relativo de 10%; la cual se detalla de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 (N) (P) (Q)}{[(E^2)(N - 1)] + [Z_{\alpha}^2(P)(Q)]}$$

Dónde:

- n = Tamaño de la muestra
- N = Total de la población
- Z_{α} = Valor de “Z” para el intervalo de confianza 95%. El valor de “Z” es igual a 1.96
- P = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (excito).
- Q = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado. Su valor es (1-p)

E = Error estándar de 0.05 o 0.1 según categoría de establecimiento. Para EESS categoría: 0.1

$n = ?$

$N = 570.$

$Z = 1.96.$

$P = 0.5.$

$Q = 0.5.$

$E = 0.1.$

$$n = \frac{1.96^2 \times (570) \times (0.5) \times (0.5)}{[(0.1^2) \times (570 - 1)] + [(1.96^2) \times (0.5) \times (0.5)]}$$

Reemplazando los valores tenemos una muestra de:

n = 82

Por tanto, la muestra estuvo conformada por 82 madres adolescentes que se atendieron en los diferentes servicios que brinda el centro de Salud Pachacútec.

3.5 Unidad de análisis

Estuvo conformada por cada una de las madres adolescentes atendidas en los diferentes servicios que brinda el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca 2019 de acuerdo a los criterios de inclusión.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Madres con edades comprendidas entre 12 y 17 años.

Madres adolescentes residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Pachacútec.

Madres adolescentes que participaron voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Madres adolescentes con limitaciones a responder o que presentaron trastornos mentales.

Madres adolescentes que vinieron al establecimiento de salud esporádicamente.

3.7 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Técnica: se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista directa, a las madres adolescentes del Centro de Salud Pachacútec, de manera personal donde se les explicó sobre el contenido de cada instrumento e ítems para evitar confusiones en sus respuestas.

Instrumento: el instrumento que se utilizó en dicha investigación fue un cuestionario que consta de 4 secciones, medidos en ítems con variable en la construcción de los enunciados en donde: sección I: consentimiento informado, sección II: con 7 ítems referente a cuestionario datos de filiación, sección III: APGAR familiar, Sección IV: Escala de HAMILTON.

PRIMERO: consentimiento informado, se solicitó a la madre adolescente firmar dicho consentimiento para proceder a la recolección de datos, dándole a conocer toda la información referente al estudio, indicando pautas, aclarando dudas y respondiendo a cada pregunta que realizo. (ANEXO III).

SEGUNDO: consistió en la recolección de datos a través del cuestionario: “DATOS DE FILIACIÓN” (ANEXO IV), en donde se evalúa: de la pregunta N° 1 a la N° 5, los datos de filiación y la funcionalidad familiar en la pregunta N° 6 y 7 respectivamente.

Datos de Filiación

Pregunta N° 01: se evaluó edad

Pregunta N° 02: se evaluó grado de instrucción

Pregunta N° 03: se evaluó estado civil

Pregunta N° 04: se evaluó ocupación

Pregunta N° 05: se evaluó ingreso económico

Funcionalidad Familiar

Pregunta N° 06: se evaluó violencia familiar

Pregunta N° 07: se evaluó apoyo familiar

TERCERO: Se aplicó el Cuestionario de APGAR Familiar (Smilkstein 1978). (ANEXO V) está diseñado para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinean sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

- 1) Adaptación
- 2) Participación
- 3) Gradiente de recurso personal
- 4) Afecto
- 5) Recursos

El Apgar Familiar, consta de cinco ítems que recogen la percepción de disfunción familiar por la madre adolescente que contesta mediante cinco variables relacionadas con el funcionamiento familiar. Mediante la categorización el sujeto da su percepción sobre cinco dimensiones del funcionamiento de su familia:

1. Estar satisfecho de la ayuda recibida por la familia.
2. Estar satisfecho con la forma en que la familia discute y comparto.
3. Creer que la familia acepta y apoya sus deseos.
4. Sentir que la familia la quiere.
5. Estar satisfecho con el tiempo que la familia y el encuestado pasan juntos.

Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal, cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0; nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4; siempre (45).

Interpretación del puntaje:

Normal: 17-20 puntos

Disfunción leve: 16-13 puntos

Disfunción moderada: 12-10 puntos

Disfunción severa: menor o igual a 9 (45).

CUARTO: se evaluó a través del cuestionario: “ESCALA DE HAMILTON-HAMILTON DEPRESIÓN RATING SCALE (HDRS)” (ANEXO VI). Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (Ramos – Brieva y Cordero, 1986). Cada cuestión tiene entre 3 y 5 posibles respuestas con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52 .pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de usarse a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La guía de práctica clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación muy recomendada según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7 puntos

Depresión ligera o menor: 8-13 puntos

Depresión moderada: 14-18 puntos

Depresión severa: 19-22 puntos

Depresión muy severa: >23 puntos.

3.8 Validez y confiabilidad

Se realizó a través de la prueba piloto, aplicando el instrumento de medición a una muestra de 25 madres adolescentes que se atendieron en el Centro de Salud Simón Bolívar con las mismas características y que no participarán en la investigación., obteniéndose los resultados:

- Alpha de Cronbach para todo el instrumento (30 ítems): 0.713 mayor a 0.700, dentro de la categoría de aceptable, el instrumento es confiable.
- Alpha de Cronbach para el test de APGAR Familiar (5 ítems): 0.967 dentro de la categoría de excelente.
- Alpha de Cronbach para el test de depresión de Hamiltom (17 ítems): 0.815 dentro de la categoría de muy bueno.

En consecuencia, el instrumento de medición propuesto es confiable.

3.9 Procesamiento y análisis de datos

Procedimiento:

La recolección de datos se realizó previa autorización de la Jefatura del Centro de Salud Pachacútec, con quienes se coordinó la fecha y hora de aplicación del instrumento para la recolección de la información (ANEXO II).

El instrumento fue aplicado por la investigadora; a través de la entrevista directa a las madres adolescentes que se atendieron en los diferentes servicios que brinda el centro de Salud Pachacútec, dándoles a conocer que el cuestionario es anónimo y que los datos proporcionados son estrictamente confidenciales, considerando así los principios éticos. Se le explicó los objetivos del estudio solicitando su participación voluntaria la misma que una vez aceptada queda registrada en un documento de consentimiento informado (Anexo III).

Procesamiento: La información fue procesada de manera computarizada, una vez aplicado el instrumento se codificaron las respuestas en el programa SPSS versión:

25, para elaborar la matriz, se utilizó el programa EXCEL versión 13, el cual permitió mostrar la información en tablas; posteriormente se estableció la relación entre las variables mediante la prueba de chi cuadrado; luego se ejecutó el análisis de los resultados utilizando tablas simples y de contingencia.

Análisis de datos: Para el análisis de los datos se utilizó la Estadística Descriptiva, que consistió en describir los resultados obtenidos en el estudio, contrastarlos con los antecedentes y el marco teórico.

3.10 Principios éticos

Esta investigación se fundamentó en aspectos éticos dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, donde se tomó en cuenta los siguientes principios:

Autonomía: Es un derecho de todo usuario que participa en la investigación dar su consentimiento informado, con derecho a la libertad de expresión de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por otras personas o la investigadora.

No maleficencia: Mediante esta investigación no se produjo daño alguno a las usuarias participantes así como los datos obtenidos no serán mal utilizados, se las trato con el debido respeto que se merecen.

Beneficencia: Incluye evitar el daño, minimizando los riesgos de las usuarias inmersas en la investigación, usando el anonimato; mientras se maximizan los beneficios para este trabajo de investigación; informándoles que los datos obtenidos solo serán utilizados para fines de investigación.

Justicia: Incluye el derecho de la persona a un trato justo y equitativo; antes, durante y después de su participación en la aplicación del instrumento, manteniendo en todo momento la confidencialidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Características sociales de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019.

FACTORES SOCIALES	N	%	
Edad	12 a 14 años	18	22
	15 a 17 años	64	78
Grado de instrucción	Sin instrucción	3	4
	Primaria completa	4	5
	Primaria incompleta	2	2
	Secundaria incompleta	25	30
	Secundaria completa	16	20
	Superior técnica	20	24
	Superior universitaria	12	15
Estado civil	Soltera	21	26
	Casada	2	2
	Conviviente	59	72
	Viuda	0	0
	Divorciada	0	0
Ocupación	Ama de casa	35	43
	Empleada del hogar	8	10
	Trabajadora independiente	0	0
	Trabajadora dependiente estatal	0	0
	Trabajadora dependiente privada	1	1
	Otros	38	46
Ingreso económico	< de Sueldo Mínimo Vital	73	89
	> de Sueldo Mínimo Vital	9	11
TOTAL	82	100%	

FUENTE: Cuestionario: Factores Psicosociales que influyen en el grado de Depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca - 2019.

Del 100% de madres adolescentes atendidas en el centro de salud Pachacútec, se puede observar en la presente tabla que el 78.0%, son madres entre 15 a 17 años de edad, 30.0% tienen un grado de instrucción de secundaria incompleta; siendo en su mayoría (72.0%) con estado civil de conviviente, 43.0% tienen grado de ocupación ama de casa, y por último, la mayoría (89.0%) cuenta con un ingreso económico menor de un salario mínimo vital.

Con respecto a la edad, cobra gran importancia en el sentido de las implicancias que tiene la maternidad adolescente, en la cual la madre deberá asumir responsabilidades que no están acordes a su edad. Suele considerarse como un factor de riesgo porque compromete tanto la salud de la madre como del niño ya que no están preparados de manera física, fisiológica y psicológicamente, teniendo mayor predisposición de sufrir complicaciones biológicas y trastornos emocionales como la depresión (35).

Este período de la adolescencia es considerada como una etapa de transición y preparación para la edad adulta, la más importante en la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios en el cual se producen varias experiencias de desarrollo, más allá de la maduración física y sexual, estas incluyen la transición hacia la independencia social y económica, desarrollo de la identidad, adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones, asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto, aunque esta es una etapa de crecimiento excepcional constituye también una etapa de riesgos considerables (37).

De esta manera la “Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes” (NTS N° 157-MINSA/2019/DGIESP), considera a los adolescentes cuyas edades comprenden entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos tanto biológicos como psicológicos, entre ellos tenemos el proceso de la pubertad, en donde marca el pasaje de la niñez a la adolescencia, los psicológicos debido a la inmadurez que presentan los adolescentes (49).

En cuanto al grado de instrucción se puede observar que un 30% de las madres adolescentes cuenta con secundaria incompleta, la mayoría de ellas se ven obligadas a

dejar la escuela por lo que se trunca sus estudios. El grado de instrucción constituye un factor de riesgo ya que una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para el trabajo y el cuidado de su salud; esto también puede tener un costo económico para el país, puesto que se pierde los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (35).

En lo que se refiere al estado civil puede notarse que la gran mayoría (72.0%) de las madres adolescentes en el presente estudio, son convivientes, condición que en la actualidad en la mayoría de los casos es una especie de acuerdo consensuado de la pareja y que además luego de cierto tiempo este estado civil adquiere legalidad, según el art. 5 de la constitución y según el art. 326 del Código Civil, hecho que le permite, a la mujer, gozar de cierta estabilidad tanto emocional como económica y social, casi tan igual que en el caso de una mujer casada; sin embargo en esta investigación el estado civil de casado muestra solo un 2 %. Se considera un factor de riesgo porque en muchos casos la pareja de la madre adolescente opta por abandonarla para huir de responsabilidades ya que generalmente es también otro adolescente como se evidencia en la tabla 1 donde el 26% son madres solteras lo cual contribuye negativamente en su estado emocional (33).

Respecto a la ocupación, 43% son amas de casa lo que muestra que aun en este siglo, hay un gran porcentaje de mujeres que no trabajan y por tanto no obtienen un salario remunerativo, sino que se dedican a las actividades hogareñas y a cuidar de sus hijos dependiendo económicamente de su pareja. Se considera como un factor ya que la mayoría de estas madres no consiguen un trabajo o si lo hacen es con un sueldo precario o mínimo debido a la poca o nula experiencia y porque muchas de ellas tienen ninguna o escasa educación (35).

En la presente tabla, el 89% de las madres adolescentes tienen un ingreso menor del salario mínimo vital, este dato indica las condiciones de pobreza en que se desenvuelven la mayoría de familias y hogares, al contar con menos recursos, tienen dietas nutricionales más deficientes, una peor alfabetización de salud, poseen mayor riesgo de desarrollar obesidad, diabetes, hipertensión y otros trastornos metabólicos, así como también enfermedades cardiovasculares, además de una mayor probabilidad de sufrir ciertos trastornos mentales como ansiedad o depresión , asimismo tienen un peor acceso a los

recursos sanitarios. De esta manera se constituye en un factor de riesgo para su estado de salud, debido a que mientras menor ingreso económico tengan, será menor la capacidad adquisitiva de alimentos que propicien una buena nutrición requerida para sus integrantes además de privarse de muchos otros por la falta de dinero (35).

Tabla 2. Factores psicológicos de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019.

FACTORES PSICOLÓGICOS		N	%
Violencia Familiar	No	68	83
	Si	14	17
	Violencia física	6	7
	Violencia sexual	2	3
	Violencia psicológica	6	7
	Violencia económica	0	0
Apoyo Familiar	Nunca	1	1
	A veces	33	40
	Siempre	48	59
APGAR (Funcionalidad Familiar)	Disfunción severa	15	18
	Disfunción moderada	23	28
	Disfunción leve	27	33
	Normal	17	21
TOTAL		82	100%

FUENTE: Cuestionario: Factores Psicosociales que influyen en el grado de Depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca - 2019.

Del 100% de las madres adolescentes en estudio, el 83% no sufren de violencia; sin embargo podemos observar en la presente tabla que un 17.0% de ellas si son víctimas de violencia familiar de tipo psicológica y física (7.0%), sexual (3.0%). Asimismo, un 59.0% de las adolescentes señalan que reciben apoyo familiar siempre, con respecto a la funcionalidad familiar un 33.0% presenta disfunción familiar leve, seguido de una disfunción familiar moderada con un 28.0%.

En los datos que anteceden muestran que un 17.0% refieren a ver experimentado violencia familiar de tipo psicológica, física y sexual, hecho que atenta en contra de la salud biopsicosocial de la adolescente. Es así como se convierte en un factor de riesgo para la salud, sobre todo la salud emocional, deteriorando su autoestima, conllevándola en la mayoría de las veces a adquirir el síndrome de mujer maltratada, cuando frente a los reiterados episodios de violencia y pensando de que la situación no se va a modificar, la mujer calla, por miedo a que se produzca una agresión mayor hacia su persona o hacia sus seres queridos, adoptando a raíz de ello una normalidad ante el hecho de ser violentada e incluso puede tener sentimientos de culpa que se traducen en conductas agresivas hacia otras personas que fundamentalmente son los hijos quienes van a adquirir pensamientos basados en modelos de dominación y justificación de la violencia hacia el más débil, justificando el derecho del hombre a controlar a la mujer, trayendo consigo trastornos depresivos y en muchos casos tiene como consecuencia los suicidios (24).

La Organización Mundial de la Salud, afirma que la salud mental es parte integral de la salud, tanto es así que no hay salud; sin salud mental. Nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida libre de violencia de cualquier naturaleza, como sería el caso del 83.0% de madres adolescentes del presente estudio que indican no haber presentado violencia, son aspectos fundamentales para nuestra salud mental (9).

Con respecto al apoyo familiar el 59.0% de madres adolescentes siempre reciben apoyo, hecho que se convierte en un factor protector de situaciones emocionales depresivas, fundamentalmente en este grupo etario quienes mayormente necesitan el apoyo de la familia, en general, que es quien aporta el máximo apoyo afectivo y emocional, ya que la maternidad en adolescentes se constituye en una experiencia nueva y requieren de enseñanzas múltiples para el cuidado personal y del nuevo ser; de esta manera podrá adoptar actitudes positivas para prevenir problemas que afecten la salud física o emocional de la nueva familia (25).

Así también, en la tabla se observa que un 40.0% de madres adolescentes, solo reciben apoyo familiar a veces, constituyéndose en un factor de riesgo debido a que la adolescente está atravesando un periodo de inestabilidad emocional donde necesita mucha ayuda en las tareas domésticas así como en el cuidado del niño y sus necesidades, en caso no

recibiera esta ayuda; se sentiría abrumada, llevándolo a un cuadro de angustia, ansiedad, estrés, depresión, etc. Los cuales afectará la salud de la madre y del niño, en los casos donde la adolescente trabaja deberá organizar su tiempo para atender la casa y cuidar el niño, hecho que al no contar con el apoyo familiar enfrentará exigencias de tiempo, energía y conflictos los cuales lo conducirá a un cuadro de estrés afectando el ambiente familiar y su estado mental (24).

En cuanto a la funcionalidad familiar, solo el 21.0% tienen familias normofuncionantes, un 33.0% de las madres adolescentes encuestadas pertenecen a una familia con disfunción leve, seguido de un 28.0% con disfunción moderada, y un 18% pertenece a familias con disfunción severa.

La familia juega un papel indispensable para la supervivencia del individuo. Las relaciones que se establecen en una familia son íntimas, intensas y probablemente las que duran hasta el final de la vida del individuo, en tal sentido una adolescente que pertenece a una familia disfuncional se sentirá insegura de sí misma, para llevar una maternidad con éxito, hecho que contribuirá a que sufra de un cuadro de depresión. Al verse alterada la función familiar se va a constituir en un factor de riesgo para la misma que puede conducir a conductas dañinas para la madre, como farmacodependencia, suicidio y otros (25).

Esta investigación concuerda con los estudios realizados por Brito T. (Ecuador, 2014); Concluyendo que las jóvenes más vulnerables a embarazos precoces son las que proceden de hogares disfuncionales carentes de lazos de unión, comunicación y redes de apoyo; encontrando un refugio en su pareja y experimentando situaciones de placer y riesgo que ocasiona embarazos no deseados los cuales la mayoría de veces van acompañados de trastornos del estado de ánimo como la depresión (17).

Tabla 3. Grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019.

GRADO DE DEPRESIÓN	N	%
No deprimido	50	61
Depresión ligera o menor	19	23
Depresión moderada	8	10
Depresión severa	2	2
Depresión muy severa	3	4
TOTAL	82	100%

FUENTE: Cuestionario: Factores Psicosociales que influyen en el grado de Depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca - 2019.

De la muestra en estudio, se puede evidenciar en la presente tabla que más de la mitad (61.0%) no padecen con depresión, sin embargo; se puede observar también que un considerable porcentaje de madres adolescentes (39.0%) sufre algún tipo de depresión, donde 23.0% tiene depresión menor, 10.0% depresión moderada y un 4.0% depresión muy severa.

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública por la carga de enfermedad que genera (la mayor carga es por la discapacidad que produce). Se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión prevaleciendo en el grupo etario de la adolescencia, principalmente en las madres jóvenes; el peor desenlace de la enfermedad es el suicidio. Se estima que cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo y el grupo de edad más afectado son los adolescentes (4).

Si bien es cierto que en los resultados encontrados la mayoría (61.0%) de las madres adolescentes no sufren con depresión, podemos observar claramente que un porcentaje considerable si padecen episodios depresivos, es por ello que la detección e intervención oportuna podría evitar sufrimientos y muertes en este grupo vulnerable.

La importancia epidemiológica de los trastornos depresivos es que afecta a una franja de población en plena etapa reproductiva y vital, el no abordar este problema en la adolescencia tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, y que afectan

cada área de la vida de la madre adolescente y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria (40).

Por otra parte, las madres adolescentes con problemas de depresión son particularmente vulnerables a la exclusión social, la discriminación, la estigmatización que afecta a la disposición para buscar ayuda, las dificultades educativas, los comportamientos de riesgo, la mala salud física y la violación de los derechos humanos (41).

En el caso del 4.0% de madres adolescentes que presentan depresión severa el retraimiento social puede exacerbar el aislamiento y la soledad que en el peor de los casos sino reciben ayuda y tratamiento oportuno, la depresión los puede conducir al suicidio (38).

El presente estudio concuerda con Corona J. (México, 2014), en su estudio a una población de 76 pacientes adolescentes, de los datos obtenidos un 68,4% cursaron sin depresión, 22.0% con depresión leve, y 9.0% con depresión moderada (18).

Tabla 4. Relación entre los factores sociales y el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019.

FACTORES SOCIALES			DEPRESIÓN					Total
			No deprimido	Ligera o Menor	Moderada	Severa	Muy Severa	
Edad	12 a 14 años	Frec.	9	5	2	1	1	18
		%	50	28	11	6	6	22%
P=0,762	15 a 17 años	Frec.	41	14	6	1	2	64
		%	64	22	9	2	3	78%
Grado de Instrucción	Sin instrucción	Frec.	1	0	2	0	0	3
		%	33	0	67	0	0	4%
	Primaria completa	Frec.	3	1	0	0	0	4
		%	4	1	0	0	0	5%
	Primaria incompleta	Frec.	1	0	1	0	0	2
		%	50	0	50	0	0	2%
	Secundaria incompleta	Frec.	13	9	0	1	2	25
		%	52	36	0	4	8	30%
	Secundaria completa	Frec.	9	4	2	1	0	16
		%	56	25	13	6	0	20%
Superior técnica	Frec.	13	5	1	0	1	20	
	%	65	25	5	0	5	24%	
Superior universitaria	Frec.	10	0	2	0	0	12	
	%	83	0	17	0	0	15%	
Estado Civil	Soltero	Frec.	9	8	2	1	1	21
		%	43	38	10	5	5	26%
	Casado	Frec.	2	0	0	0	0	2
		%	100	0	0	0	0	2%
Conviviente	Frec.	39	11	6	1	2	59	
	%	66	19	10	2	3	72%	
Ocupación	Ama de casa	Frec.	14	13	4	2	2	35
		%	40	37	11	6	6	43%
	Empleada del hogar	Frec.	5	1	2	0	0	8
		%	63	13	25	0	0	10%
	Trabajadora dependiente privada	Frec.	1	0	0	0	0	1
		%	100	0	0	0	0	1%
Otros	Frec.	30	5	2	0	1	38	
	%	79	13	5	0	3	46%	
Ingreso Económico	< de Sueldo Mínimo Vital	Frec.	42	19	7	2	3	73
		%	58	26	10	3	4	89%
	> de Sueldo Mínimo Vital	Frec.	8	0	1	0	0	9
		%	89	0	11	0	0	11%

FUENTE: Cuestionario: Factores Psicosociales que influyen en el grado de Depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca - 2019.

En cuanto a la investigación general se encontró que, no existe influencia estadísticamente significativa entre la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingreso económico y el grado de depresión en las madres adolescentes ($p > 0.05$).

Se determinó que del 100% de las madres adolescentes atendidas en el centro de salud Pachacútec; la mayoría (78.0%) pertenecen a edades comprendidas de 15 a 17 años, el 64.0% no sufre depresión; un 22.0% presentan depresión menor y un 9.0% depresión moderada. Así mismo; cabe mencionar que una considerable cifra (22.0%) con edades de 12-14 años, la mitad (50.0%) no presentan algún tipo de depresión, un 28.0% tiene depresión ligera o menor, y solo un 6.0% depresión severa.

Según la OMS, 2019; indica que los trastornos mentales representan la carga mundial de enfermedades y lesiones en las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años, comenzando estos a los 14 años o antes, pero que no se detectan ni se tratan, además el suicidio es la consecuencia de la misma, en donde es la principal causa de muerte de los adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, no abordar estos problemas tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, y que afectan tanto la salud física, como la mental y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria (37).

Con respecto al grado de instrucción se obtuvo que 30.0% de las madre adolescentes tienen secundaria incompleta, de las cuales 52.0% no cursan depresión, un 36.0% muestran depresión menor y un 8.0% depresión muy severa. También cabe mencionar, que el 24.0% de madres adolescentes que tienen un grado de instrucción de superior técnica, la mayoría (65.0%) no sufre de depresión, sin embargo 25.0% presenta depresión menor o ligera; y solo un 5.0% depresión moderada y severa.

Con la llegada de un nuevo ser, la madre adolescente tendrá que abandonar en muchos de los casos sus estudios ya que tiene que brindar cuidados al recién nacido, y asumir responsabilidades nuevas, convirtiéndose en un factor de riesgo ya que de esta manera estas adolescentes truncarán sus estudios (35).

En los datos que anteceden, tabla 4; observamos que con respecto al estado civil de las madres adolescentes, la mayoría (72.0%) son convivientes; un 66.0% no tienen depresión, 19.0% tiene depresión menor o ligera y solo un 3.0% cursan depresión muy severa. Por otro lado; cabe indicar

que un porcentaje considerable (26.0%) de madres adolescentes con un estado civil de solteras, 43.0% no tienen depresión, un 38.0% presentan depresión menor y solo un 5.0% sufre de depresión severa.

El estado civil tiene efectos sobre el estado emocional de las madres adolescentes ya que la ruptura y alejamiento con la pareja, conlleva a efectos emocionales relacionados con el sentimiento de pérdida y de recepción del fracaso, una experiencia que se torna angustiosa, desencadenando un aumento de la vulnerabilidad no solo económica sino también en la salud de los integrantes, puesto que constituye una transición vital que a menudo provoca aislamiento, tristeza y depresión (47).

En lo que concierne a la ocupación de las madres adolescentes atendidas en el centro de salud Pachacútec; 43.0% de madres son amas de casa, un 40.0% no padecen depresión, 37.0% tienen depresión menor y un 6.0% presentan depresión severa.

Si se tiene en cuenta que el ser ama de casa muchas veces se constituye en una ocupación agotadora, no remunerada y poco reconocida, donde la madre se siente poco valorada, discriminada y en muchos casos expuesta a la violencia, provocando sentimientos de frustración y llevándolo consigo a estados de ánimo que deterioran y ocasionan problemas en su salud mental (33).

Se determinó que la gran mayoría (89.0%) de las madres adolescentes tienen un ingreso inferior al sueldo mínimo vital, el 58.0% no se han deprimido, sin embargo 26.0% cursan depresión menor, un 10.0% depresión moderada, y un 4.0% depresión muy severa. Cabe mencionar que solo un 11.0% de las madres evaluadas perciben un salario mayor al sueldo mínimo vital y presentan depresión moderada.

Podemos deducir que en su mayoría estas madres adolescentes se encuentran en estado de pobreza que van a influir en su estado emocional de manera negativa, al no ser suplidas diversas necesidades importantes para su buena salud.

En esta etapa de la adolescencia, los pensamientos y sueños pueden causar conflicto con los padres, hay mayor necesidad de independencia, siendo el grupo de amigos un referente muy importante. Los grupos amicales pasan de ser del mismo sexo a grupos mixtos. Los grupos de

amigos o amigas pueden ser un factor protector o de riesgo según el fin que los una. Apareciendo los primeros noviazgos, de este modo se va formando la identidad sexual, iniciando los primeros contactos físicos, por lo que es muy importante conversar de la sexualidad, reforzar valores, para prepararlos a enfrentar la presión de grupo, riesgos del embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual, aborto, violencia en el aula, prevención del uso de alcohol y drogas entre otras. Cuestionan a la familia y comunidad, tienden a dimensionar sus propia capacidades, generando, sentimientos de invulnerabilidad, incrementándose sus conductas de riesgo; tienden a ser egocentristas, y deben adaptarse a las demandas escolares, académicas, sociales, lo que puede causar estrés con manifestaciones psicológicas y orgánicas. Los adultos deben acompañarles en este proceso de cambio para lograr autonomía e independencia (38).

Durante esta etapa también se ha alcanzado la maduración biológica, hay mayor aceptación de sus cambios corporales y se consolida la identidad. Tienen la necesidad de definir la vocación y la elección de pareja, empiezan a tomar decisiones como trabajar y estudiar condicionado por su personalidad, situación familiar y contexto social. El apoyo de un adulto para transitar este momento, disminuye la ansiedad orientándoles con diferentes alternativas para la toma oportuna de decisiones, El pensamiento tiende a ser operatorio formal, tiene madurez cognoscitiva y una mejor toma de decisiones ya que percibe perfectamente las implicancias futuras de sus actos, las relaciones de pareja se tornan más estables y la identidad sexual está más estructurada, continúa la separación de la familia, se siente seguro de su identidad, reconoce los valores de los padres, hay tolerancia y coincidencias, la relación familiar es más cercana (38).

Durante todo el proceso del desarrollo biopsicosocial en la adolescencia es importante mencionar el papel que tiene la familia, el contexto social, cultural, influencia de las vías y medios de comunicación (38).

Corona J. (México, 2014), en su estudio a una población de 76 pacientes, de acuerdo a los datos obtenidos un 68.4% cursan sin depresión, 22% con depresión leve y 9% con depresión moderada, de las cuales 42% son amas de casa, 47.9% son solteras y 39.5% casadas llevan una buena relación de pareja un 52%, el mayor índice de depresión lo encontramos en la semana 27 a 40, entre la edad de 17 años con un porcentaje de 23.8%. Concluyendo que las adolescentes embarazadas que presentan el mayor número de depresión son las de 17 años de edad, las cuales se encuentran en el segundo trimestre de gestación, presentando en mayor promedio depresión leve, con una relación de pareja buena, con estado civil soltera (16).

Tabla 5. Relación entre los factores psicológicos: violencia familiar, apoyo familiar y el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el centro de salud Pachacútec Cajamarca – 2019.

FACTORES PSICOLÓGICOS			DEPRESIÓN					Total
			No deprimido	Ligera o Menor	Moderada	Severa	Muy Severa	
Violencia Familiar P=0,000	No	Frec.	48	15	4	0	1	68
		%	71	22	6	0	1	83%
	Si	Frec.	2	4	4	2	2	14
		%	14	29	29	14	14	17%
P=0,853	Violencia física	Frec.	1	1	2	1	1	6
		%	17	17	33	17	17	7%
	Violencia sexual	Frec.	0	0	1	0	1	2
		%	0	0	50	0	50	3%
	Violencia psicológica	Frec.	1	1	2	1	1	6
		%	17	17	33	17	17	7%
Apoyo Familiar P=0,000	Nunca	Frec.	0	0	0	0	1	1
		%	0	0	0	0	100	1%
	A veces	Frec.	16	9	4	2	2	33
		%	48	27	12	6	6	40%
	Siempre	Frec.	34	10	4	0	0	48
		%	79	23	9	0	0	59%

FUENTE: Cuestionario: Factores Psicosociales que influyen en el grado de Depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca - 2019.

En cuanto a la investigación se encontró que, si existe influencia estadísticamente significativa entre la violencia familiar (P=0,000), apoyo familiar (P=0,000) y el grado de depresión de las madres adolescentes.

En la presente tabla se puede apreciar que del 100% de madre adolescentes; el 17.0% aceptan haber sufrido algún acto de violencia familiar, en su mayoría por parte de sus parejas; un 29.0% presentan depresión menor y moderada; y 14.0% sufre de depresión severa.

La gran mayoría (83.0%) de madres adolescentes manifiestan no ser víctimas de violencia familiar de ningún tipo; sin embargo una considerable muestra (22.0%) presentan algún grado de depresión lo que permite pensar que pueden ser victimizadas de alguna forma, pero no son capaces de admitirlo; tal vez para algunas mujeres la respuesta violenta ante los conflictos es algo natural, normal e incluso como la única manera viable de hacer frente a los problemas y disputas que tienen que enfrentar diariamente. Con respecto al tipo de violencia un 7.0% de las madres evaluadas manifestaron ser víctimas de violencia física y psicológica y un 3.0% señalan haber sufrido violencia sexual.

La violencia es un gran problema que no solo tiene enormes consecuencias sobre las víctimas directas, sino que perturba todo el ámbito familiar, y atenta contra el desarrollo pleno e integral de las niñas y los niños. Un ambiente familiar marcado por la violencia, agresividad, depresión y el estrés, en el que los integrantes no reciben la atención ni los estímulos necesarios, atenta contra el desarrollo de sus habilidades cognitivas, emocionales, y su desarrollo personal en general. Indudablemente, la violencia física o emocional genera este ambiente negativo que conlleva a graves consecuencias (47).

Más de la mitad (59.0%) de madres adolescentes indicaron que han recibido apoyo familiar siempre, 40.0% han contado con apoyo familiar solo a veces, y solo el 1.0% nunca recibió apoyo por parte de su familia. Sin embargo, de madres que siempre recibieron apoyo familiar un 23.0% sufren depresión menor, y 9.0% depresión moderada; por otro lado, de madres adolescentes que recibieron apoyo familiar solo a veces; 27.0% sufren depresión menor, un 12.0% depresión moderada; y el 6.0% sufren depresión severa. Con respecto al 1.0% de madres que nunca tuvieron apoyo familiar, todas ellas presentan depresión muy severa.

Para el adolescente un sistema familiar con reglas claras y flexibles es importante para tener un contexto que de seguridad y que maneje adecuadamente las crisis que frecuentemente se presentan en esta etapa de la vida. El adolescente vive la interacción con su entorno social, aquí la familia cumple un rol de modulador, permitiendo con ello que el impacto de los factores culturales, como por ejemplo la moda o socioeconómicos, no perturben su desarrollo evolutivo (25).

El apoyo por parte de la pareja y de la familia hacia la madre adolescente está relacionado con una baja incidencia de la depresión en la misma; el embarazo, maternidad adolescente y cuidados del nuevo ser requieren de mucho apoyo. La familia al ser el primer espacio donde se desenvuelve la adolescente y con la cual establece vínculos más estrechos y cuya función fundamental es generar el apoyo necesario para ella, se constituye el mejor soporte afectivo para la adolescente, quien a su vez podrá constituirse en el pilar fundamental de su hogar, de esta manera podrá cuidar tanto de ella como de su hijo (25).

Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Ellaconza J. (Perú, 2016), cuya finalidad fue determinar los factores asociados a las gestantes adolescentes deprimidas que asistieron al hospital Hipólito Unánue, concluyendo que el grado depresivo con mayor concurrencia en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unánue fue moderada, los factores asociados, relacionados fueron con la familia y con la pareja (apoyo familiar) y de las agresiones físicas o psicológicas por parte de sus parejas (violencia familiar), fueron las causantes para que ingresaran a un cuadro depresivo de significancia moderada (19).

Tabla 6. Grado de depresión según la disfunción familiar de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca – 2019.

GRADO DE DEPRESIÓN		DISFUNCIÓN FAMILIAR				Total
		Severa	Moderada	Leve	Normal	
No deprimido	Frec.	4	8	23	15	50
	%	8	16	46	30	61%
Depresión ligera o menor	Frec.	5	9	3	2	19
	%	26	47	16	11	23%
Depresión moderada	Frec.	3	4	1	0	8
	%	38	50	13	0	10%
Depresión severa	Frec.	1	1	0	0	2
	%	50	50	0	0	2%
Depresión muy severa	Frec.	2	1	0	0	3
	%	67	33	0	0	4%

FUENTE: Cuestionario: Factores Psicosociales que influyen en el grado de Depresión de las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec Cajamarca - 2019.

En relación con la investigación se encontró que, si existe influencia estadísticamente significativa y relación entre la funcionalidad familiar y el grado de depresión (d de Sommers = - 0.477) (p valor=0.000).

Los datos que anteceden muestran que más de la mitad (61.0%) de madres adolescentes que no presentan depresión; 46.0% pertenecen a una familia con disfunción leve, un 30.0% a familia normofuncionante, 16.0% a familia con disfunción moderada, y un 8.0% a familia con disfunción severa.

Un considerable porcentaje (23.0%) de madres que sufren depresión ligera o menor; 47.0% pertenecen a familias con disfunción moderada, un 26.0% con disfunción familiar severa, 16.0% disfunción familiar leve, y un 11.0% pertenecen a familias normofuncionantes. Por otro lado podemos observar que un 10.0% de madres que

presentan depresión moderada, la mitad (50.0%) pertenecen a familia con disfunción moderada, 38.0% a familia con disfunción severa, y un 13.0% a familia con disfunción leve.

La calidad de la relación con la pareja parece algo especialmente indispensable para mantener un nivel positivo de salud mental, pues las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometen el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físicos o emocionales de la madre adolescente haciendo que los conflictos comiencen a acentuarse; llegando a minimizar su rol principal de protección para convertirse en un factor de riesgo para ella y desencadenando problemas en su salud mental (47).

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud y la de sus miembros, sobre todo la psicológica, ya que al verse alterada constituye un factor de riesgo para la adolescente conduciéndola a conductas dañinas, como farmacodependencia, depresión e incluso llegar al suicidio (46).

El presente estudio concuerda con Cordero M. (Ecuador, 2016), en su estudio concluyo que en cuanto a la funcionalidad familiar, en una muestra de 90 adolescentes, el 58,88% tiene una familia con algún nivel de disfuncionalidad. Concluyendo que si existe una relación entre la depresión y funcionalidad familiar, con un valor de significancia ($p < 0.000$) (13).

CONCLUSIONES

Considerando los hallazgos en esta investigación, se presentan a continuación las siguientes conclusiones:

La gran mayoría de madres adolescentes se encuentran entre los 15 y 17 años de edad, con grado de instrucción de secundaria incompleta, son convivientes, reciben apoyo familiar, tienen un ingreso económico inferior al sueldo mínimo vital, con ocupación amas de casa, el 17.0% sufre violencia familiar y pertenecen a familias con disfunción familiar leve.

Los factores psicológicos que influyen significativamente en el grado de depresión de las madres adolescentes atendidas en el centro de salud Pachacútec son: violencia familiar, apoyo familiar y funcionalidad familiar (p valor= 0.000).

De las 82 madres adolescentes estudiadas 61.0% no presentan depresión, sin embargo un 23.0% cursan depresión menor, un 10.0% depresión moderada y solo un 4.0% depresión muy severa.

En cuanto a esta investigación se encontró que, no existe una influencia estadísticamente significativa entre la edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingreso económico y el grado de depresión de las madres adolescentes ($p > 0.05$).

Los trastornos del estado de ánimo, como la depresión afecta considerablemente a la población con edades comprendidas de 12 a 17 años, tienen repercusiones graves en su edad adulta si estas no son tratadas oportunamente.

RECOMENDACIONES

Luego de haber concluido la presente tesis, se sugiere:

Al personal de salud que labora en Pachacútec:

- Fomentar un ambiente de confianza durante la prestación de servicios a la madre adolescente para una adecuada atención tanto biológica como psicológica, sensibilizándola para que exprese sus molestias y así se pueda evidenciar síntomas depresivos para el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno.
- Fortalecer y fomentar actividades preventivas promocionales sobre Salud mental, reorientar las reformas y estrategias de atención en salud mental que generen en las madres adolescentes actitudes favorables, ya que con ello se espera mejorar la eficacia y la eficiencia en la prestación del servicio y así garantizar una mejor calidad de vida.
- Trabajar con el sector educación para dar capacitaciones a los adolescentes y padres de familia acerca de los problemas relacionados con la sexualidad.

A la población adolescente:

- Invitarles a participar en la toma de decisiones con respecto a los contenidos, la forma y los momentos en los que se realice la educación sanitaria, convertirse en agentes activos de su propia educación.

A los padres de familia:

- Hablar con sus hijos (as) sobre temas de sexualidad y paternidad responsable donde se le debe explicar los riesgos y complicaciones que tendrán los adolescentes en caso de embarazarse o ser parte de un embarazo y como cambiará bruscamente su vida desde ese momento.

A las docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca:

- Continuar motivando a los estudiantes a realizar investigaciones en temas similares y lograr nuevos y mayores conocimientos acerca de estas patologías de salud mental.

A los estudiantes y profesionales de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca:

- Extender sus saberes e investiguen otras variables que influyan en la depresión en este grupo etario de la adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonanni M. Depresión, la enfermedad silenciosa del siglo XXI [internet]. Fundación para la investigación en neurociencias aplicadas a la clínica; 2018 [citado el 20 de Mayo del 2019]. Disponible en: <http://inac.org.ar/blog/depresion-la-enfermedad-silenciosa-del-siglo-xxi/html>.
2. Alvarado C. et al. Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango. Vol.146 N°.1.México: Grac Med; 2010.
3. Red española de Agencias de Evaluación. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión. Programa. España; 2015. Recuperado el 07 de Abril de 2018, de http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnos_tico.html#.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hablemos de Depresión. Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias de la OMS. Ginebra, Washington: OPS/OMS; 2017.
5. Jhonatan S, Navarro L y Calderon G. la investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. Universidad de San Martín de Porres, Perú [en línea]. 2017 Ene-Jun [Citado 28 Mayo 2019]; 23(1): 1729-4827. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000100005
6. Patricia M, Romario W. Depresión en Adolescentes Embarazadas, Enseñanza e Investigación en Psicología. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología México [en línea]. 2009 Jul-Dic [Citado 29 Mayo 2019]; 14(2): 261-274. Disponible en: [Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004)

7. MINSA. Módulo de Atención Integral en Salud Mental [internet]. Universidad Nacional Cayetano Heredia. Depresión. Lima – Perú. 2005. [citado el 10 de junio 2019]. Disponible en: <https://www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2279.pdf>.
8. Ministerio de Salud (MINSA). Minsa registra más de 1300 intentos de suicidio en lo que va el 2018. Lima, 2018. [Citado 17 de Junio 2019]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/institucion/Minsa/noticias/18738-minsa-registra-mas-de-1300-intentos-de-suicidio-en-lo-que-va-el-2018.html>.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Mental: fortalecer nuestras respuestas. programa de acción para superar las brechas en salud mental. Washington: OMS; 2017. [Citado 24 Junio 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/pdf-plan-nacional-salud-mental-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>.
10. Sánchez D. Intentos de suicidio en la ciudad de Cajamarca, desde las relaciones interpersonales: un estudio de caso. Dr. Castañeda Abanto, Doris [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Sociología]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2013.
11. Carissa F. Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Ginebra, Washington: OPS, 2017.
12. Ordorika T. aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. [en línea]. 2014; 647 – 674. [citado 30 Junio 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01882503200900400002&Ing=es&nrm=iso.
13. Cordero M. Depresión y Funcionamiento Familiar en Adolescentes Embarazadas del subcentro de salud N° 2, José María Astudillo, de Cuenca. [Tesis para obtener el Título de Psicóloga Clínica]. Ecuador: Universidad del Azuay; 2016.

14. Estupiñán M y Vela D. Calidad de vida de madres estudiantes universitarias. Revista Colombiana de Psiquiatría. [en línea]. 2015 setiembre. [Citado 11 Julio 2018]; 41(3): 536-549. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80625021003>
15. Bonilla O. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas atendidas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez Medellín (Colombia). Revista colombiana de obstetricia y ginecología [en línea]. 2014 Feb- Ago [Citado 13 Julio 2019]; 61(3): 207-213. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195215351004>
16. Corona J. Frecuencia de Depresión en Adolescentes Embarazadas en la UMF 92 en el periodo enero a diciembre 2014. [Tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014.
17. Brito T. Descripción del proceso de apoyo formativo a la maternidad Adolescente, colegio Manuela Garaicoa de Calderón 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología Educativa en la especialización de Orientación Profesional.]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
18. Cordova J. Factores asociados a Depresión postparto en púerperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante Septiembre - Diciembre, 2017. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2017.
19. Ellaconza J. Factores Asociados a las Gestantes Adolescentes Deprimidas que asisten al Hospital Hipólito Unánue, 2016. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017.
20. Atencia S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante Abril – Junio, 2015. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

21. Colloapaza M. Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015. [Tesis Doctoral]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2015.
22. Ventocilla V. Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014. [Tesis para optar el título profesional de Psicólogo]. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2015.
23. Heredia Y. Condición del estado civil y nivel de Ansiedad y Depresión en gestantes adolescentes. Centro materno perinatal simón bolívar, Cajamarca 2018. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018.
24. Portal E. Factores Psicosociales que influyen en los Trastornos del Estado de Animo de las Puérperas Atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca- 2017. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018.
25. Huamán C. Factores Psicosociales predisponentes de Depresión Puerperal. Hospital tito villar cabeza. Bambamarca. 2016. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2016.
26. Organización Mundial de la Salud, OMS. Depresión y adolescencia 2014. [Internet]. [Citado 25 de Julio 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1560-43812014000100002.
27. Pérez E. Prevalencia, causas y tratamiento de la Depresión. Revista biomédica. de licenciatura en rehabilitación. Yucatan. [en línea]. 2017 May- Ago [Citado 29 Julio 2019]; 28(2): 89-115. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195215351004>

28. La depresión un peligro silencioso. Adolescentes la población más afectada. Publicado en el diario oficial El Peruano el 14 junio del 2016. [Citado el 16 Agosto 2019].
29. Problemas de salud mental ocasionaron pérdidas económicas de más de doce mil millones de soles en el Perú. El peruano.pe. [publicación periódica en línea] 4 Noviembre 2019. [citado: 19 de Agosto 2019]; 1(3). Disponible en: <http://.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/2019/027.html>.
30. Órgano oficial del Colegio Médico del Perú. (2005). Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. (e. m. especializados, Ed.) Acta Médica Peruana, XXII (1), 15-18.
31. Ministerio de Salud. La depresión, detección, diagnóstico y tratamiento. Guía clínica Minsal N° XX. 1° edición. Chile; 2014. Recuperado el 04 de Junio de 2019. http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html#.
32. Hernández Ó, Méndez Carrillo FJ, Garber J. Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2014;19(1):63-76.
33. Fundación para la prevención de riesgos laborales. Factores psicosociales. España; 2015. [citado: 24 de Agosto 2019]. Disponible en: <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-relacionados-con-la-psicosociología/factores-psicosociales.html>.
34. Diaz L. Factores Psicosociales de la Depresión Cubana de medicina militar. [serie en línea]. Sep 2006. [citado 28 de Agosto 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009.

35. Organización Mundial de la Salud (OMS). El embarazo en la adolescencia y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. 2018. [citado: 30 de Agosto 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventig-early-pregnancy/es/html.
36. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Asunción- Paraguay (2015). Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derecho.
37. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Gobierno de Guatemala. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. Artículo original. Guatemala; 2013. [Citado 4 de Setiembre 2019] disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518.
38. Ponce M. desarrollo normal del adolescente 2015. Escuela del ministerio público. [Internet]. Perú: Lima 2015. [Citado 7 de Setiembre 2019]. Disponible en: http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962_03ponce.pdf.
39. Loredó A y Vargas E. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la vida. Revista Médica. México. [en línea]. 2017 Noviembre. [Citado 9 de Setiembre 2019]; 55(2): 223-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsrepo/4577/4577750722016>.
40. Páramo M. Terapia Psicológica: factores de riesgo y factores protectores en la adolescencia. Revista Médica. Argentina. [en línea]. 2017 Julio [Citado 20 de Setiembre 2019]; 29(1): 85-95. Disponible en: <http://www.scielo.org/jatsrepo/4067/s0718-48082011000100009>.

41. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Unidad de medicina del adolescente del servicio de pediatría del Hospital de Mostoles. Madrid. Publicado por correo farmacéutico el 22 de Julio 2015. Recuperado 18 Setiembre 2018.
42. Norma Técnica de Salud. MINSA. NTS N° 021-MINSA, (13 de Julio de 2011).
43. Vásquez Y. “Actitud de las Adolescentes Embarazadas frente a su Estado de Gravidéz según Factores Sociales y Demográficos. Puesto de salud Chontapaccha. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2015.
44. Polit, D. Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª Ed). México.
45. Suarez M y Alcalá M. APGAR FAMILIAR: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista Medica la Paz. [en línea]. 2014 setiembre. [Citado 29 Setiembre 2019]; 20(1): 213-223. Disponible en: http://www.scielo.org/.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-89582014000100010
46. Suarez, M. E. (2006). Disfunción Familiar: Archivos de medicina familiar y general (3 Edición ed.). Cuba: Mediterraneo.
47. Hernández A, Muñoz D. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en La salud. Rev. Esp. Investig. Social. ISSN-L: 2015; 19 (1):141-166.
48. Norma Técnica de Salud. MINSA. NTS N° 157-MINSA/2019/DGIESP, (25 de Octubre del 2019).

ANEXO I

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante la aplicación de una prueba piloto que se realizó a 25 madres adolescentes del centro de salud Simón Bolívar, La información obtenida fue analizada para verificar la confiabilidad del instrumento que se determinó a través de la prueba de Alpha de Cronbach, Se usó la fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

$\sum_{i=1}^K S_i^2$: Es la suma de varianzas de cada ítem.

S_t^2 : Es la varianza del total de filas (puntaje total de los jueces).

K : Es el número de preguntas o ítems.

- Alpha de Cronbach para todo el instrumento (30 ítems): 0.713 mayor a 0.700, dentro de la categoría de aceptable, el instrumento es confiable
- Alpha de Cronbach para el test de APGAR Familiar (5 ítems): 0.967 dentro de la categoría de excelente.
- Alpha de Cronbach para el test de depresión de Hamiltom (17 ítems): 0.815 dentro de la categoría de muy bueno.

. En consecuencia el instrumento de medición propuesto es confiable.

ANEXO II



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD”

SOLICITO: “Autorización para aplicar instrumento de investigación”
”

Señor: Lic. Enf. FRANCO LEONARDO MERCADO JULCA

JEFE DEL CENTRO DE SALUD PACHACUTEC

Yo Heydi Roxana Sagástiga Huamán, identificado con el N° DNI 72448661, Bachiller en Enfermería egresada de la Universidad Nacional de Cajamarca, con domicilio legal en el Jr. Juan Beato Masías 586; ante usted con el debido respeto, me presento y expongo:

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle su apoyo con la autorización para aplicar mi instrumento de investigación titulado: “FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL GRADO DE DEPRESIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC CAJAMARCA – 2019”. Dicho Instrumento será aplicado a las madres adolescentes que se atiendan en el centro de salud. Esperando contar con su colaboración adjunto el perfil del cuestionario. Resaltando que los resultados serán utilizados únicamente para fines académicos, además se dejará una copia del presente trabajo de investigación en el Centro de Salud a su cargo.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Cajamarca, 20 junio del 2019

.....
Heydi R. Sagástiga Huamán
Bachiller en Enfermería

ANEXO III
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Heydi Roxana Sagástiga Huamán, Bachiller en Enfermería, de la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC), me encuentro realizando la presente investigación con la finalidad de obtener mi Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

El objetivo de la presente investigación es determinar los Factores Psicosociales que influyen en el grado de Depresión en las madres adolescentes atendidas en el centro de salud Pachacútec - Cajamarca. Para fines de este estudio deberán responder a un cuestionario, lo cual le tomará aproximadamente unos 15 minutos.

Su participación es totalmente voluntaria, es decir, usted tiene derecho a retirarse si cree conveniente.

Los resultados serán utilizados únicamente para fines académicos, por lo que se guardará, en todo momento la confidencialidad de los mismos.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda al investigador.

Declaración de Consentimiento:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto en participar en este estudio de investigación.

FIRMA

ANEXO IV

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

DATOS DE FILIACIÓN

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL GRADO DE DEPRESIÓN DE LAS
MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC
CAJAMARCA - 2019.

De manera muy especial y respetuosa pido a usted su colaboración para responder unas preguntas en forma precisa y completa. La información que proporcione será confidencial. Para indicar su respuesta marque con una "X" la alternativa que usted considere conveniente.

1. Edad

- a. 12-14 años () b. 15-17 años, 11m, 29d ()

2. Grado de instrucción

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| - Sin instrucción () | - Secundaria incompleta () |
| - Primaria completa () | - Secundaria completa () |
| - Primaria incompleta () | - Superior técnica () |
| | - Superior universitaria () |

3. Estado civil

- | | | |
|---------------|-------------------|------------------|
| - Soltera () | - Conviviente () | - Divorciada () |
| - Casada () | - Viuda () | |

4. Ocupación

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| - Ama de casa () | - Trabajadora dependiente estatal () |
| - Empleada del hogar () | - Trabajadora dependiente privada () |
| - Trabajadora independiente () | - Otros () |

5. Ingreso económico

- a. < de Sueldo Mínimo Vital () b. > de Sueldo Mínimo Vital ()

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

6. Violencia familiar. SI () NO () Si responde si de que tipo:

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| - Violencia física () | - Violencia psicológica () |
| - Violencia sexual () | - Violencia económica () |

7. Recibe usted, apoyo (económico, moral) por parte de su familia:

- a. Nunca () b. A veces () c. Siempre. ()

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

ANEXO V

TEST DE APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa, el dinero					
PUNTUACIÓN					

ANEXO VI

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

I. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
a. Ausente	0
b. Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
c. Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
d. Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
e. Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
II. Sentimientos de culpa	
a. Ausente	0
b. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
c. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones. Siente que la enfermedad actual es un castigo	2
d. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	3
III. Suicidio	
a. Ausente	0
b. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
c. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
d. Ideas de suicidio o amenazas	3
e. Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
IV. Insomnio precoz	
a. No tiene dificultad	0
b. Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
c. Dificultad para dormir cada noche	2
V. Insomnio intermedio	
a. No hay dificultad	0
b. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
c. Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
VI. Insomnio tardío	
a. No hay dificultad	0
b. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
c. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
VII. Trabajo y actividades	
a. No hay dificultad	0
b. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
c. Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
d. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
e. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	4
VIII. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
a. Palabra y pensamiento normales	0
b. Ligero retraso en el habla	1
c. Evidente retraso en el habla	2
d. Dificultad para expresarse	3
e. Incapacidad para expresarse	4

IX. Agitación psicomotora	
a. Ninguna	0
b. Juega con sus dedos	1
c. Juega con sus manos, cabello, etc.	2
d. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
e. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
X. Ansiedad psíquica	
a. No hay dificultad	0
b. Tensión subjetiva e irritabilidad	1
c. Preocupación por pequeñas cosas	2
d. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
e. Expresa sus temores sin que le pregunten	4
XI. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
a. Ausente	0
b. Ligera	1
c. Moderada	2
d. Severa	3
e. Incapacitante	4
XII. Síntomas somáticos gastrointestinales	
a. Ninguno	0
b. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
c. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
XIII. Síntomas somáticos generales	
a. Ninguno	0
b. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
c. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
XIV. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
a. Ausente	0
b. Débil	1
c. Grave	2
XV. Hipocondría	
a. Ausente	0
b. Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
c. Preocupado por su salud	2
d. Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
XVI. Pérdida de peso	
a. Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
b. Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
c. Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
XVII. Introspección (insight)	
a. Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
b. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
c. No se da cuenta que está enfermo	2
	3