

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO
VALDIZÁN” HUÁNUCO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

E.A.P DE PSICOLOGIA



**“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MADRES
GESTANTES PRIMERIZAS ATENDIDAS
EN LOS CENTROS DE SALUD DEL
DISTRITO DE HUÁNUCO – 2015”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

TESISTAS:

- ✓ Bach. Susana América Montoya Salís.
- ✓ Bach. Leyla María Valencia Romero.

HUÁNUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios.

Por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de nuestros estudios y por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos.

A nuestros Padres.

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser unas personas de bien, pero más que nada, por su amor.

A nuestro asesor.

Por su gran enseñanza y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado.

A nuestros padres, que han dado todo el esfuerzo para culminar nuestros estudios y por apoyarnos en todos los momentos de nuestra vida.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizan por darnos la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A nuestros Profesores de la Facultad de Psicología, que durante los cinco años de formación profesional nos impartieron parte de sus conocimientos y experiencias profesionales

A nuestro asesor de tesis, Dr. Miguel Alfredo Carrasco Muñoz por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación nos ha guiado para desarrollar la presente investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud del distrito de Huánuco - 2015. El diseño utilizado fue descriptivo de tipo correlacional; la muestra estuvo constituido por un total de 30 madres gestantes primerizas del Centro de Salud Aparicio Pomares y del Centro de Salud las Moras, cuyas edades oscilan entre 15 a 35 años. Como instrumentos se utilizaron el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck. Los Resultados demuestran que presentan depresión leve un 50% y ansiedad moderada un 40%. De acuerdo a los grupos etarios de 15 a 20 años presentan depresión leve un 23% y ansiedad moderada un 20%; de 21 a 25 años presentan depresión leve un 23% y ansiedad moderada un 13%; de 26 a 30 años presentan depresión mínima un 7% y ansiedad grave, moderado y mínima un 3%; y de 31 a 35 años presentan depresión grave y mínima un 3% y ansiedad moderada y leve un 3%. Correlacionando las dos variables encontramos una $r=0,183$, a través de lo cual se acepta la hipótesis nula concluyendo que no existe una relación significativa entre depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco - 2015. Las madres gestantes primerizas presentan depresión y ansiedad pero estas dos variables no se relacionan entre sí, ya que cada variable tiene criterios de diagnósticos diferentes. También los resultados muestran de manera general que en los niveles de depresión en madres gestantes primerizas existe un alto índice en el nivel leve; en cuanto al nivel de ansiedad en madres gestantes primerizas se obtuvo un alto índice en el nivel moderado. En los grupos etarios se encontró una mayor prevalencia de depresión y ansiedad, en las edades de 15 a 20 años en comparación con los otros grupos etarios.

Palabras claves: depresión, ansiedad, perinatal, embarazo, primeriza

SUMMARY

The present study aimed to determine the relationship between depression and anxiety in first - time pregnant mothers of health centers in the district of Huánuco - 2015. The design used was descriptive of correlational type; the sample consisted of a total of 30 pregnant mothers of the Aparicio Pomares Health Center and the Las Moras Health Center, whose ages ranged from 15 to 35 years. The Beck Depression and Anxiety Inventory were used as instruments. The results show that they present mild depression by 50% and moderate anxiety by 40%. According to the age groups of 15 to 20 years present mild depression 23% and moderate anxiety 20%; 21 to 25 years of age present mild depression 23% and moderate anxiety 13%; Of 26 to 30 years present minimal depression 7% and severe, moderate and minimal anxiety 3%; And 31 to 35 years of age present severe and minimal depression 3% and moderate and mild anxiety 3%. Correlating the two variables we found a $r = 0.183$, through which the null hypothesis is accepted, concluding that there is no significant relationship between depression and anxiety in pregnant mothers of the Health Centers of the District of Huánuco - 2015. Mothers Pregnant women have depression and anxiety but these two variables are not related to each other, since each variable has different diagnostic criteria. The results also show, in general, that in the levels of depression in pregnant mothers, there is a high index in the mild level; In relation to the level of anxiety in pregnant mothers, a high index was obtained in the moderate level. In the age groups, we found a higher prevalence of depression and anxiety, in the ages of 15 to 20 years in comparison with the other age groups.

Keywords: depression, anxiety, perinatal, pregnancy, first

INTRODUCCIÓN

La Depresión y Ansiedad se consideran los trastornos de gran importancia, debido a que se trata de los motivos de consulta más comunes en el ámbito psicológico. Pudiendo aparecer como diagnósticos que se encuentran relacionados. Se estima que la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo y es la principal causa de discapacidad, contribuyendo de forma importante en la morbilidad mundial, además, la depresión y ansiedad afecta más a la mujer que a hombre y al ser producida por diversos estímulos, tiene la capacidad de inducir cambios desfavorables en la salud física y psicológica del individuo. (OMS, 2012).

El presente trabajo tiene como finalidad indagar la depresión y ansiedad en mujeres embarazadas primerizas que asisten a los centros de salud de las zonas marginales de la ciudad de Huánuco. La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. En casos severos, puede llevar al suicidio. Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida (OMS, 2012).

Actualmente se considera que aproximadamente el 50% de las mujeres presentan depresión perinatal (Hayes, Reinhold y Bradley, 2001), frente a un 16% que la siguen padeciendo después del parto (Marcus, Barry, Flynn, Tandon y Greden, 2001), y que en ambos casos puede ser prevenida con un seguimiento de la mujer durante el proceso del embarazo. El estilo depresivo previo al embarazo predice un nivel de depresión más elevado durante el tercer trimestre y si se asocia con falta de apoyo conyugal o embarazo prolongado, aumenta la posibilidad de depresión 6 meses después del parto. Por otra parte las puntuaciones altas en depresión durante el primer trimestre están determinadas por factores psicosociales (situación económica, problemas de vivienda, situación laboral, etc.), síntomas fisiológicos (náuseas, vómitos, anorexia) factores obstétricos, falta de atención materna, embarazo

no deseado, escaso apoyo conyugal y puntuaciones altas en neocriticismo (Fernández, L.M., Cabaco, A.S. y Crespo, 2003).

Así mismo la ansiedad se define como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Se trata por lo tanto de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. (Jarne A. et al, 2006).

La depresión y ansiedad en el embarazo tiene consecuencias serias; lleva conductas poco saludables, tales como no buscar atención prenatal temprana; conductas de riesgo, preclamsia, partos prematuros, bebés de menor tamaño, entre otros.

La depresión en el embarazo sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65 % y reacción depresiva puerperal hasta en 80 %, por lo que es importante la detección oportuna de la depresión en la atención primaria. (Valencia, 2004)

Asunción L. et al, (2006) señala que existe actualmente evidencia del importante papel que juegan los factores psicosociales para la depresión y ansiedad en el embarazo, entre estos, el que se ha encontrado con mayor consistencia es tener una historia previa de depresión. Los factores de riesgos identificados es la separación de los padres, ser madre soltera, no desear estar embarazada, falta de apoyo social y baja escolaridad.

La presente investigación se ha organizado de la siguiente manera: en el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema donde se da una explicación y fundamentación de la importancia de realizar este trabajo de investigación teniendo en cuenta los objetivos, la justificación y las limitaciones que se presentaron en el proceso.

En el capítulo II, abarcamos el marco teórico con los antecedentes de estudios realizados en diversos contextos a nivel internacional, nacional y local, asimismo la fundamentación teórica de las variables de estudio, definiciones conceptuales y operacionales que en la medida permitirán tener una mayor comprensión de lo que trata la investigación, asimismo mencionamos las hipótesis planteadas.

En el capítulo III, denominado marco metodológico mencionamos el nivel, el tipo, el método y el diseño de investigación, describimos el ámbito donde se ha realizado la investigación, las características propias población y de la muestra, la manera en que recolectamos la información, el proceso de validación y confiabilidad de los instrumentos utilizados y como se llevó a cabo el de procesamiento de datos.

En el capítulo IV, abarcamos los resultados encontrados mediante las tablas y gráficos, la interpretación y el análisis de dichos resultados, y con ello la discusión donde incluimos los resultados y las conclusiones de otras investigaciones.

Finalmente en el capítulo V, se describe las conclusiones generales de la investigación realizada, las sugerencias y recomendaciones. Incluimos en los anexos la matriz de consistencia y los instrumentos de medida.

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	
INDICE	
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Fundamentación del Problema	1
1.2. Formulacion del Problema	3
1.3. Objetivos	3
1.3.1. Objetivos generales	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.5. Limitaciones	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	5
2.1 Antecedentes del Problema	5
2.1.1. Nivel Internacional	5
2.1.2. Nivel Nacional	7
2.1.3. Nivel Local	11
2.2. Fundamentación Teórica	11
2.2.1. Salud Mental en el Perú	11
2.2.2. Depresión	16
2.2.2.1. Tipos de Depresión	17
2.2.2.2. Síntomas de la Depresión	18
2.2.3. La Ansiedad	19
2.2.3.1. Síntomas de la Ansiedad	19
2.2.4. Depresion y Ansiedad en el embarazo	20
2.2.4.1. La Depresion durante el embarazo	20
2.2.4.2. Ansiedad durante el embarazo	21
2.2.4.3. Es normal sufrir Depresión o Ansiedad durante el embarazo	22
2.2.4.4. Riesgo de Depresión o Ansiedad durante el embarazo	23
2.2.4. Modelo Cognitivo	26
2.2.4.1 Teoría Cognitiva de Depresion Beck	26
2.2.4.2 Teoría Cognitiva de Ansiedad Beck	29
2.3. Definiciones Conceptuales	31
2.4. Sistema de Variables	34
2.5. Definición Operacional de las Variables.	35
2.6. Hipótesis	35

2.6.1. Hipótesis General	35
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	36
3.1. Nivel, Tipo y Método de Investigación	36
3.1.1 Nivel	36
3.1.2 Tipo	36
3.1.3 Método	36
3.2. Diseño de Investigación	37
3.3. Ámbito de la Investigación.	38
3.4. Población y Muestra:	38
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	40
3.6. Procedimientos de la Recolección de la Información	48
3.7. Técnicas de Procesamiento de Datos	48
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	50
4.1 Presentación de los Resultados	50
4.2 Análisis e Interpretación de los Resultados	57
4.3 Verificación de Hipótesis	60
4.4 Discusión de los Resultados.	62
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.2 Recomendaciones	67
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	73

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En la vida contemporánea, la depresión y la ansiedad están consideradas como el factor causal de algunas enfermedades y coadyuvante o desencadenante en otras.

La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con menos ánimo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. La depresión a menudo se presenta con síntomas de ansiedad. Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias. En casos severos, puede llevar al suicidio. Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida (OMS, 2012).

La ansiedad es un elemento que nos acompaña a través de nuestra vida, especialmente en aquellos momentos y etapas de mayor relevancia. Según la definición de la DSM-IV (2012) la ansiedad es una anticipación aprensiva de un peligro o desgracia futura acompañada de un sentimiento de malestar o síntomas somáticos de tensión. Por lo tanto para entender que es la ansiedad hemos de tener en cuenta estos dos componentes por un lado la amenaza real o imaginaria, la situación que no sabemos cómo resolver o cual será su desenlace; y, por otro lado, el malestar o los síntomas fisiológicos que lo acompañan resultado de la activación del sistema nervioso simpático.

Hoy se considera que la mujer es la más susceptible a padecer trastornos emocionales, en gran parte debido a los cambios hormonales durante el ciclo menstrual y con más frecuencia en el embarazo, por esto es lógico pensar que la ansiedad y la depresión podrían ser trastornos presentes de manera frecuente en las embarazadas. Debe señalarse que, además de los problemas inherentes a estos trastornos, todos los sentimientos y

emociones desencadenadas son capaces de afectar tanto a la madre como a su hijo. (Madorys D., 2013).

Algunos estudios realizados a nivel internacional, como el de Lee A. et al, (2007), señalan que más de la mitad (54%) de las mujeres tenían ansiedad prenatal y más de un tercio (37,1%) tenían síntomas depresivos, concluyendo que la ansiedad prenatal y la depresión son frecuentes y graves problemas durante la gestación.

Se considera que aproximadamente el 50% de las mujeres presentan depresión perinatal (Hayes, Reinhold y Bradley, 2001). El estilo depresivo previo al embarazo predice un nivel de depresión más elevado durante el tercer trimestre y si se asocia con falta de apoyo conyugal o embarazo prolongado, aumenta la posibilidad de depresión 6 meses después del parto.

Por otra parte, las puntuaciones altas en depresión durante el primer trimestre están determinadas por factores psicosociales (situación económica, problemas de vivienda, situación laboral, etc.), síntomas fisiológicos (náuseas, vómitos, anorexia) factores obstétricos, falta de atención materna, embarazo no deseado, escaso apoyo conyugal y puntuaciones altas en neocriticismo (Fernández, 2003).

A nivel nacional, Rojas et al (2009) reveló elevados porcentajes de embarazadas que presentaron síntomas depresivos en función a la ausencia de la pareja, insatisfacción sentida por la gestante hacia el apoyo social recibido y al estrato social al cual pertenecía. Velásquez (1995), se propuso determinar si existe relación entre la edad cronológica de las primigestas (adolescentes y añosas) y sus niveles de ansiedad y depresión según la edad gestacional, encontrando que en las primigestas adolescentes existen mayores niveles de depresión a diferencia de las primigestas añosas en las que existen mayores niveles de ansiedad y que estos niveles de ansiedad y depresión no muestran diferencias estadísticamente significativas según los trimestres del embarazo evaluado.

Por lo tanto, se propuso realizar esta investigación, para conocer la relación que existe entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas con la finalidad de ser sustento para la incorporación de nuevas estrategias para una intervención psicológica para reducir a nivel de depresión y ansiedad, pues esto es perjudicial para los neonatos en cuanto a su desarrollo dentro del vientre materno.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas que se atienden en los centros de salud del distrito de Huánuco - 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivos generales

Determinar la relación entre la Depresión y la Ansiedad que presentan las madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de Depresión que más predomina en las madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco.
- Identificar el nivel de Ansiedad que más predomina en las madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco.
- Identificar el nivel de Depresión según edad en las madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco.
- Identificar el nivel de Ansiedad según edad en las madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco.

- Establecer la relación entre la Depresión y la Ansiedad que presentan las madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presente investigación planteada estudia los diferentes cambios de emociones que tiene una madre primeriza durante el embarazo. Así mismo los resultados obtenidos abrirán nuevos caminos para estudios que presenten situaciones similares a la que aquí se plantea, sirviendo como marco referencial a estas; y permitirá sentar las bases para otros estudios que surjan partiendo de la problemática aquí especificada. Por otro lado, mediante la investigación se podrá plantear posteriormente una intervención psicológica para reducir a nivel de depresión y ansiedad, pues esto es perjudicial para los neonatos en cuanto a su desarrollo dentro del vientre materno.

1.5. LIMITACIONES

- ❖ La falta de apoyo de las obstetras de los centros de salud correspondientes.
- ❖ Escasos instrumentos estandarizados psicológicos para la presente investigación, como también la carencia de estudios de investigación en el ámbito local.
- ❖ Dificultad para agrupar a las madres gestantes primerizas fácilmente para las respectivas evaluaciones.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. NIVEL INTERNACIONAL

Díaz M., Amato R. y Chávez J. (VENEZUELA, 2013) En su trabajo de investigación titulado “Depresión y Ansiedad en Embarazadas” La pesquisa de depresión y ansiedad en las gestantes permite evitar el deterioro de la salud mental materna y las graves consecuencias sobre sus hijos. El objetivo es analizar los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil entre junio–agosto 2012. Se llevó a cabo un estudio correlacional, transversal y no experimental, con una muestra de 236 embarazadas excluyendo aquellas con diagnóstico anterior de depresión o ansiedad, enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada, patologías de base: Diabetes mellitus tipo 1 y 2, diabetes gestacional, hipertensión arterial sistémica, hipertensión arterial inducida por el embarazo, enfermedades inmunológicas, cáncer, síndrome de Down e infecciones de transmisión sexual y pacientes con discapacidad, a quienes se aplicó los Test de Hamilton para la depresión y ansiedad. El 56,4% pertenecen al estrato socioeconómico IV. 81% tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor, sin embargo, este

hallazgo no fue estadísticamente significativo. Se concluye que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que tienen relación con tener una pareja inestable.

Sainz K., Chávez B. y Díaz M. (MEXICO, 2010) en su trabajo de investigación titulado “Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas”. El objetivo es estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de diferentes grupos etarios. Se evaluó ansiedad y depresión (Goldberg) y factores sociodemográficos en pacientes embarazadas de 12 a 44 años de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (umf) no. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social (imss) de manera aleatoria. Se aplicó estadística descriptiva y χ^2 para buscar diferencias entre proporciones. Resultados se estudiaron 103 embarazadas, con un promedio de edad de 27.7 años (de 5.53); la escolaridad que predominó fue secundaria con 36.9%, casadas 75.7 %, empleadas 62.1%. De forma global se encontró ansiedad en 50.5% y depresión en 67%. Por grupos etarios, la ansiedad se presentó como sigue: en el grupo de 12 a 19 años, en 41%; en el de 20 a 29 años, en 46%; en el de 30 a 34 años, en 76%; y en el de 35 a 39 años, en 46%; respecto a la depresión, en el grupo de 12 a 19 años se observó en 75%; en el de 20 a 29 años, en 74%; en el de 30 a 34 años, en 65%; y en el de 35 a 39 años, en 31%. Se realizó un subanálisis en el cual se comparó el grupo más afectado contra el resto de los grupos, para ansiedad fue el de 30–34 años ($p = 0.11$) y para depresión el de 12–19 años con significancia estadística ($p = 0.006$). Conclusiones; se encontró una alta prevalencia de ansiedad y depresión, con una mayor prevalencia de depresión en el grupo de 12 a 19 años en comparación con los otros grupos etarios.

Pimentel B. (BOLIVIA, 2007) En su trabajo de investigación titulado “Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C. N. S, la Paz- Bolivia”. Su Objetivo: Determinar la frecuencia de disfunción familiar, ansiedad y depresión en mujeres embarazadas con Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Materno Infantil de La Paz entre Octubre a Diciembre de 2005. Diseño Metodológico: Estudio prospectivo y transversal, realizado con una muestra de 86 mujeres embarazadas obtenida con una prevalencia del 50 %. Instrumentos: “Test de Ansiedad y depresión de Goldberg” y APGAR familiar”. Método: Administración del test de auto llenado a 86 mujeres embarazadas internadas por Alto riesgo Obstétrico y otro grupo de 86 mujeres embarazadas de consulta externa. Resultados: Se encontró ansiedad en 68% de mujeres internadas por Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y 48% en las mujeres con Bajo Riesgo Obstétrico ($p = 0.0315$ y OR de 1.95). La depresión en las mujeres con ARO fue de 64 % y 56 % en las mujeres con Bajo riesgo obstétrico ($p = 0.045$, OR =1.86). La disfunción familiar está presente en 70 % y 58% respectivamente. ($p = 0,112$, OR= 1.66.) La patología más frecuente en A.R.O. fue la amenaza de parto prematuro con 65% de ansiedad ,69% depresión y 60% de disfunción familiar. Las casadas tienen 76% de ansiedad, 74% de depresión y 76% de disfunción familiar. Conclusión: Existe mayor frecuencia de ansiedad y depresión en las mujeres con ARO y no así en Disfunción familiar. Existe relación estadísticamente significativa entre Alto Riesgo Obstétrico y la presencia de ansiedad y depresión.

2.1.2. NIVEL NACIONAL

Paccori Y., Mercado L. y Yisell D. (Lima, 2012) en su trabajo de investigación “Factores asociados a la depresión en

gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal” realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo es analizar los factores asociados a la depresión en gestantes. Diseño: Casos y controles, corte transversal, retrospectivo. Lugar: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú. Métodos: Se aplicó en 226 gestantes (113 deprimidas (casos) y controles 113 no deprimidas (controles) el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; con una alfa de Cronbach =0.807. Resultados: Se encontró factores de riesgo con asociación significativa tales como: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). También se halló factores protectores con asociación significativa: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema. Conclusiones: Los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo.

Luna M., Salinas J. Y Luna A. (2009). Realizó una investigación en Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Teniendo como objetivo Determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor atendidas en la consulta externa de un hospital de Lima, Perú. Métodos. Estudio descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2006. A cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Se determinó la relación entre las variables de estudio según la presencia de depresión mayor mediante las pruebas de la χ^2 y de la Z, según el tipo de variable. Resultados. De las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. Conclusiones. La prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de

llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

Salvatierra A. (2009). Realizó una investigación en los Niveles de Depresión en Mujeres Gestantes de 15 a 19 años y 20 a 39 años que acuden al área de Obstetricia del Hospital Leoncio Prado Red Sánchez Carrión – La Libertad. Teniendo como objetivo es conocer cuáles son los Niveles de Depresión que presentan las Mujeres Gestantes de 15 a 19 años y 20 a 39 años que acuden al área de Obstetricia. Metodología es Descriptivo Simple. Estudiándose una muestra de 200 gestantes que acudían al área de obstetricia, donde se aplicó el inventario de depresión de Beck. Obteniendo como resultado el nivel de depresión; Considerado Normal 32.5%, Ligeramente Trastorno Emocional 62.5%, Depresión Clínica 4.5 %; Depresión Moderada 0.5%, Depresión Severa 0%, Depresión Extrema 0% diferencia de las otras. Conclusiones la población investigada en más del 50% presenta en su mayoría un ligero trastorno emocional presentándose mayormente en el grupo etario de 20 a 39 años siendo este más numeroso, y menos del 50% manifiesta estar normal sin ningún síntoma emocional que le esté afectando durante el embarazo. Los más altos casos de Depresión Clínica Borderline se presentan en gestantes adultas de 20 a 39 años. Al comparar los resultados encontrados en los dos grupos etarios se puede observar que el grupo de adolescentes de 15 a 19 años presenta menos intensidad en los síntomas o indicadores emocionales encontrados mientras que en el grupo adulto de 20 a 39 años se presentan con más intensidad incluso casos de depresión moderada. En los dos grupos etarios se encuentran indicadores saltantes como tristeza, irritabilidad, Auto acusaciones,

Sensación de fracaso, y separación social siendo estos los más recurrentes en las gestantes.

2.1.3. NIVEL LOCAL

Sánchez M. (2014) En su trabajo de investigación “Niveles de Ansiedad en madres de familia que reciben pensión de alimentos según procedencia familiar del Distrito de Quisqui – Huánuco 2014” realizado en la Universidad Nacional Hermilio Valdizan, cuyo objetivo es determinar los niveles de ansiedad en madres de familia que reciben pensión de alimentos según procedencia familiar del Distrito de Quisqui – Huánuco 2014. Se usó el diseño descriptivo simple; el tipo de muestra fue intencional no probabilístico teniendo a 30 madres de familia del distrito de Quisqui que reciben pensión de alimentos según procedencia familiar, todos ellos fueron seleccionados con el criterio de exclusión e inclusión.; se aplicó el instrumento de la escala de automedición de Zung, cuyos resultados demuestran que existe un nivel de ansiedad moderado en las madres de familia que reciben pensión de alimentos según procedencia familiar del Distrito de Quisqui – Huánuco 2014.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. SALUD MENTAL EN EL PERÚ

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la **OMS**: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las

tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

Desde 1992, cada 10 de octubre se celebra el **Día Mundial de la Salud Mental**. Esta iniciativa, promovida por la Federación Mundial de la Salud Mental, tiene como finalidad concienciar a los gobiernos y a los ciudadanos sobre los trastornos mentales en lo que a prevención y a tratamiento se refiere.

Estas enfermedades afectan a más de 5 millones de personas en el país, según cifras del Ministerio de Salud (MINSA); sin embargo, aproximadamente el 80% de ellas no recibe el tratamiento especializado que necesita, indican las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM).

Para Aitor Castillo, psiquiatra y catedrático de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), esto se debe principalmente a que las políticas del Estado no son las adecuadas para atender los trastornos, y porque todavía existen prejuicios en torno a ellos que se reflejan, por ejemplo, en la falta de oportunidades laborales y en las burlas que se escuchan con frecuencia.

Si bien existen varios trastornos mentales, los más frecuentes en el país son la depresión y la ansiedad. Estudios del INSM muestran que 1 millón 700 mil peruanos padecen la primera enfermedad, mientras que 1 millón 200 mil, el segundo mal. El trastorno bipolar es otra enfermedad mental que se aprecia en el país. Esta se caracteriza por el cambio extremo de ánimo; es decir, quienes lo padecen pueden mostrarse alegres e inmediatamente ingresar a un cuadro de depresión.

Actualmente, son muchas las personas que no aceptan estos u otros trastornos, sin intención de recibir ayuda profesional cuando se presentan sus síntomas. (Ver anexo 3).

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2015) confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%³, en la sierra peruana de 16,2%⁴ y en la Selva de 21,4%⁵. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes 1 % de las personas de Lima Metropolitana, 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presenten intentos suicidas.

Humberto Castillo, director general de salud mental del Instituto Honorio Delgado Hideyo Noguchi, sostiene que “los problemas de salud mental son la primera causa de discapacidad o de pérdida de años saludables en las personas.

Según los datos oficiales del Ministerio de Salud, una de cada cuatro personas en el Perú necesita atención por algún tipo de trastorno mental, pero solo tres de cada diez la reciben. El resto debe sobrevivir con depresión, ansiedad, cambios de personalidad o alucinaciones.

De acuerdo con un estudio del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, en Lima el 12% de la población tendría síntomas de algún trastorno mental cada año. De ese 12%, la mitad corresponde a casos simples de depresión, que podrían controlarse rápidamente. El resto son problemas de ansiedad, que puede ser generalizada, pasando por fobias, obsesiones o ataques de pánico, así como las dependencias, el alcoholismo o la drogadicción. Luego están los trastornos, como el de déficit de atención y el trastorno

bipolar, entre otros. Solo el 1% de población presenta problemas de psicosis o esquizofrenias.

Se ha comprobado que, de cada 100 personas que van a un centro de salud, 30 tienen como problema de fondo un trastorno de salud mental. Sin embargo, no se detecta porque en la consulta la persona solo habla de lo que acontece en su cuerpo y el personal de salud solo le pregunta por sus dolencias físicas.

Humberto Castillo, director del Instituto Nacional de Salud Mental, señaló que hace 10 años los trastornos mentales no eran parte de la política del Estado. “La gente enfrentaba este problema con sus propios recursos y luchaba por acceder a un servicio. Como la mayoría no podía hacerlo, solo se atendían los casos más graves y era caro. Un estudio del 2002 reveló, por ejemplo, que las personas que iban al Noguchi gastaban el 25% de su ingreso familiar en el tratamiento de su paciente”. No obstante, puntualizó que la situación ha cambiado. En primer lugar, porque ahora se sabe que problemas como la depresión, el estrés o la ansiedad, entre otros, se dan por una falla en la conectividad del cerebro que se puede controlar. “Hay una parte del cerebro que es la que evalúa la situación y responde emocionalmente. Cuando hay un problema, se activa una alarma en el cerebro, pero en las personas enfermas esta alarma no se desactiva nunca, y eso genera un problema de conectividad que se podría regular con medicamentos”, explicó. (Ver anexo 4)

Las enfermedades mentales son causa de gran sufrimiento personal para quienes las padecen y para las personas de su entorno. En un país donde la atención psiquiátrica no está disponible en varias regiones y donde los seguros privados no están obligados por ley a cubrir tales atenciones, la enfermedad mental empobrece rápidamente a la familia. Por otro lado, la

falta de un sistema de atención y rehabilitación con base en la comunidad, obliga a que pacientes con síntomas graves, que dificultan significativamente la interacción familiar, deban vivir y permanecer todo el día en sus casas, el resultado es el rechazo familiar, la discriminación y exclusión del enfermo y del familiar que lo cuida, con graves consecuencias para la salud mental del cuidador.

Según Castillo la salud mental en el Perú está a punto de despegar, pues se han aprobado una serie de medidas que cambiarán el enfoque y la forma de atención de los pacientes. En ese sentido, Yuri Cutipé, director de Salud Mental del Ministerio de Salud (Minsa), refirió que el año pasado se aprobó un nuevo programa presupuestal de S/240'000,000 para este tema. “Eso quiere decir que la inversión por persona actualmente es de S/11.50, cuando antes era solo de S/3 por habitante”, explicó.

Pero eso no es todo. El Seguro Integral de Salud (SIS) cubre ahora al 100% más de 400 diagnósticos de salud mental, así como las emergencias, psicoterapias, evaluaciones psicológicas, consejerías, tratamiento de electroplexia aplicado para los trastornos mentales complejos y hasta las interconsultas a neurología. A ello se suma la reciente aprobación del reglamento de la Ley General de Salud, que obliga a los privados a adecuarse para incluir las atenciones en salud mental, pero lo más importante: establece un nuevo modelo de atención comunitaria para estos casos. Según Cutipé “Este nuevo esquema contempla la creación de centros comunitarios para dar atención a las personas cerca del lugar donde viven o trabajan. La idea es que, si pasan por una enfermedad mental grave, puedan rehacer sus vidas con el apoyo de su familia”. Los centros comunitarios cuentan con psiquiatras, psicólogos, terapeutas del lenguaje,

ocupacionales, enfermeras y trabajadores sociales, y brindan cuatro servicios: salud mental de niños y adolescentes, salud mental para adultos y adultos mayores, adicciones, y participación social y comunitaria. A este establecimiento solo se refiere a los pacientes con casos severos que son detectados en los centros de salud. Los hospitales psiquiátricos se reservan para pacientes que requieren hospitalización. “La innovación de este modelo es que obliga al médico a realizar visitas domiciliarias a los pacientes para hacerles seguimiento. Los pacientes ya no irán a las consultas, sino que se les visitará para evitar recaídas y asegurar que cumplan su tratamiento, además de dar soporte a la familia”, precisó.

El MINSA ya ha implementado 23 de estos centros comunitarios de salud mental en seis regiones (Moquegua, Huancavelica, Arequipa, Trujillo, Chiclayo y Lima) con la idea de atender a una población de 100 mil habitantes.

En el Perú, con una población de 30 millones de personas, se necesitaría implementar 300 de estos centros. Este año, el MINSA proyecta inaugurar 39 centros más. “Calculamos que, con este crecimiento, 8 de cada 10 peruanos podrán acceder a la atención por salud mental”, sostuvo Cutipé (2015) director de Salud Mental del Ministerio de salud (Minsa).

2.2.2. DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Con respecto a la definición la OMS (2014) menciona:

“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. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional”.

2.2.2.1. TIPOS DE DEPRESIÓN

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2009) y CIE 10, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

- ✓ El **trastorno depresivo grave**, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.
- ✓ El **trastorno distímico**, Se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

- ❖ **Depresión psicótica**, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.
- ❖ **Depresión posparto**, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz. (Altshuler LL., Hendrich V., Cohene Ls.; 1998).

2.2.2.2. SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2009) Y CIE 10, no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular. Los síntomas son:

- Síntomas persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimiento de culpa, inutilidad, impotencia.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés de actividad y pasatiempo que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.

- Fatiga o falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones; insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Comer excesivamente o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas o intentos suicidios.
- Dolores y malestares persistentes y malestares persistentes; dolores de cabeza, cólicos, problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

2.2.3. LA ANSIEDAD

La ansiedad constituye un aspecto normal del estado emocional de los seres humanos. La angustia se define como un afecto similar al miedo pero que, a diferencia de este, no obedece a un estímulo amenazante externo, sino que es vivida como procedente de la interioridad psíquica del individuo. Para la psiquiatría europea la ansiedad se refiere a la expresión sobresaltada de ese afecto. Esther Martín, (2014).

2.2.3.1. SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD

Según Esther Martín, (2014). La característica esencial de este trastorno es un sentimiento de desazón y desasosiego generalizados y persistentes, que no están referidos a ninguna circunstancia ambiental en particular. Lo más habitual es que el paciente se queje de estar permanentemente nervioso, así como de sentir otros síntomas típicos de la ansiedad como temblores, tensión muscular, exceso de sudoración, mareos y vértigos, taquicardia, y molestias epigástricas.

Para que el trastorno de ansiedad sea diagnosticado como tal, el paciente debe presentar síntomas de ansiedad casi todos los días durante varias semanas seguidas. Los signos de ansiedad más indicativos son:

- Aprensión (excesiva preocupación sobre posibles desgracias futuras, sentirse “al límite” de sus fuerzas, dificultad de concentración, etcétera).
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardias o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca...).

2.2.4. DEPRESION Y ANSIEDAD EN EL EMBARAZO

2.2.4.1 LA DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO

Para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa maravillosa mientras que para otras puede significar un período de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según las últimas investigaciones el 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre las semanas 6 y 10 del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé.

Se estima que el 50% de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollarán depresión postparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante este período. Claudio S. et al (2014).

2.2.4.2 ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO

Según el embarazo (2014); Desde el comienzo del embarazo la mujer experimenta un aumento en la ansiedad, lo cual se manifiesta, durante todo ese periodo. En los comienzos de la gestación, la embarazada siente que necesita dormir más que lo habitual, por momentos ensimismados y retraída.

Es bueno alentar a la embarazada que acepte su necesidad de dormir más en los dos primeros meses. El insomnio en esta etapa es la manifestación de una situación de ansiedad frente al embarazo. En el segundo mes frecuentemente aparecen las náuseas y vómitos por las mañanas, síntomas que coinciden con la ansiedad determinada por la incertidumbre acerca de si existe o no el embarazo. En general cuando ya se estableció el diagnóstico estos síntomas remiten espontáneamente. En algunas ocasiones continúan levemente, hasta que aparecen modificaciones corporales, o ante percepciones de movimientos del feto.

Entonces las náuseas y vómitos sirven para evidenciar el embarazo, así como para dar por terminada la ansiedad e incertidumbre. Entrando al quinto mes, que es cuando se perciben los movimientos, se produce en la mujer, gran ansiedad, la cual se manifiesta de distintas maneras, miedo a que su hijo nazca con algún problema, miedo a morir en el parto, angustia por verse deforme y el temor de quedar así. Es cuando aparece el sentimiento de la fealdad y lleva muchas veces a tener celos de su pareja. La libido disminuye en esta etapa. Los síntomas orgánicos son:

mareos, dolores musculares, jaquecas, calambres, constipación o diarrea, hipertensión o hipotensión.

2.2.4.3 ES NORMAL SUFRIR DEPRESIÓN O ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO

Alberto G. et al (2014) describe que el embarazo generalmente se presenta como una etapa en la que las mujeres están rebosantes de alegría por estar esperando un bebé. Esto es especialmente cierto en nuestra cultura, en la que valoramos muchísimo la maternidad. Sin embargo, no todas las mujeres viven los embarazos llenas de felicidad, y no porque sean malas mamás, sino porque los cambios hormonales que ocurren durante este periodo pueden provocar una depresión. Al menos una de cada diez mujeres sufre problemas de depresión durante el embarazo.

Durante muchos años los expertos han creído, de forma equivocada, que las hormonas del embarazo protegían a las mujeres de las depresiones. Se pensaba que era después de tener al bebé, una vez que los niveles hormonales descendían, cuando las mujeres estaban más expuestas a la depresión. Ahora, sin embargo, se cree que el rápido incremento de los niveles hormonales que se da al inicio del embarazo puede variar la química del cerebro y conducir a la depresión. Los cambios hormonales también pueden hacer que te sientas angustiada y más ansiosa de lo normal. La ansiedad o la angustia son condiciones que se pueden tratar, y que se deben tratar durante el embarazo.

A menudo, la depresión y la ansiedad no se diagnostican porque muchas mujeres no les dan importancia a sus sentimientos: piensan que se deben

a los cambios de humor temporales que acompañan el embarazo. Sin embargo, es importante que tu doctor sepa cómo te sientes. La salud emocional es tan importante como la salud física y, de hecho, tu salud emocional puede afectar a tu salud física.

Las investigaciones muestran, por ejemplo, que la depresión y la ansiedad pueden incrementar el riesgo de tener un bebé prematuro. Si los síntomas de la depresión no se tratan, esto puede poner en peligro tu capacidad para cuidar de ti misma y de tu bebé.

2.2.4.4 RIESGO DE DEPRESIÓN O ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO

Alberto G. et al (2014); considera Algunos factores comunes de riesgo son:

- ❖ Historia personal o familiar de depresión o ansiedad. Si en el pasado has tenido problemas de depresión o de ansiedad extrema (o si en tu familia hay personas que sufren de depresión), existen más posibilidades de que te deprimas durante el embarazo. Aunque nunca hayas experimentado una depresión o un problema serio de ansiedad, es posible que estés más susceptible a estos problemas ahora, si has tenido tendencia a sentirte angustiada, ansiosa o triste en determinados momentos.
- ❖ Haber perdido un bebé previamente. Si en el pasado has perdido un bebé, es muy normal que ahora estés preocupada por lo que ocurrirá. Y si la pérdida ha sido reciente, o si has tenido abortos espontáneos varias veces durante el año pasado, quizás todavía no hayas tenido tiempo de

recuperarte emocional o físicamente. Además, si tienes problemas de salud, estarás más vulnerable a la depresión y a la ansiedad.

- ❖ Dificultades en tu relación de pareja. Si te encuentras en una relación de pareja difícil, y hablar con tu esposo no te está ayudando, éste es un buen momento para ir a un psicólogo o a un consejero de parejas. No pienses que la llegada del bebé lo va a arreglar todo. En realidad, los recién nacidos añaden tensión a la relación. Por eso es importante que no dejes para más adelante el pedir ayuda, especialmente si estás siendo víctima de violencia doméstica.
- ❖ Problemas con el embarazo. Un embarazo complicado o de alto riesgo, puede tener un impacto emocional, particularmente si estás teniendo que pasar por semanas de reposo en cama o numerosas pruebas genéticas. (Las mujeres que van a tener gemelos, generalmente están en esta categoría.) Puede ser duro tener que pasar por procedimientos complicados, y eso se combina con el miedo acerca de si tu bebé estará bien. De la misma forma, no poder trabajar o cumplir con otras cosas que estás acostumbrada a hacer, hace que sea más difícil mantener el equilibrio emocional. Pero si tomas ahora los pasos adecuados, reducirás el riesgo de tener problemas después del nacimiento y podrás disfrutar más del bebé que tanto te ha costado traer al mundo.
- ❖ Eventos estresantes en tu vida. ¿Problemas financieros? ¿Te estás mudando? ¿Has cambiado

de trabajo? ¿Planeas quedarte en la casa después de haber estado años trabajando? Cualquier preocupación de este tipo, así como haber roto una relación, la muerte de un familiar o amigo cercano o la pérdida de un trabajo, puede hacer que te sientas muy mal emocionalmente.

- ❖ Historia pasada de abusos. Las mujeres que han sobrevivido abusos emocionales, sexuales, físicos o verbales, pueden tener una baja autoestima y la sensación de estar desamparadas o aisladas. Estos sentimientos pueden contribuir a aumentar el riesgo de sufrir depresión. El embarazo, además, puede traer malos recuerdos de abusos pasados, porque la falta de control sobre los cambios por los que está pasando tu cuerpo puede recordarte la falta de control que experimentaste cuando sufriste el abuso.
- ❖ Tratamientos de fertilidad. Si tuviste problemas para quedar embarazada, es posible que hayas sufrido mucho estrés. Y si has pasado por varios tratamientos de fertilidad, quizás todavía sientas los efectos emocionales de esos meses, o incluso años, de tratamientos en los que tratabas de quedar encinta. Además, ahora que finalmente lo estás, es común tener mucho miedo a perder lo que tanto te ha costado concebir. Todas estas cosas pueden hacer que tengas más tendencia a la depresión.
- ❖ Otros factores de riesgo. Si eres joven, y estás soltera, o si el embarazo no estaba planeado, el riesgo de tener una depresión también es más grande.

2.2.5 MODELO COGNITIVO

2.2.5.1 TEORÍA COGNITIVA DE DEPRESION BECK

El modelo cognitivo de Beck (1982) ofrece tres conceptos que explican el sustrato psicológico de la depresión: 1) el primero de ellos, la tríada cognitiva, se caracteriza por la presencia de tres patrones cognitivos: el primer patrón se centra en la visión negativa que de sí mismo tiene el sujeto; el segundo en la visión negativa del futuro y el tercero se centra en la interpretación negativa que el sujeto realiza del mundo y de sus experiencias. 2) El segundo concepto son los denominados esquemas, los cuales designan patrones cognitivos estables, que explican el hecho de que el sujeto depresivo mantenga actitudes contraproducentes incluso en contra de la percepción objetiva de que existen factores positivos en su vida. Desde este concepto el sujeto atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación, dando lugar a rasgos permanentes en la percepción e interpretación de la información procedente del medio estimular. 3) El tercer concepto se centra en los errores cognitivos que el sujeto depresivo comete en el procesamiento de la información, manteniendo la creencia de la validez de sus conceptos negativos. De los tres conceptos anteriormente señalados puede concluirse que el sujeto depresivo manifiesta interferencia arbitraria, abstracción selectiva, magnificación, minimización, personalización y pensamientos absolutistas dicotómicos.

Es un sistema explicativo de la Depresión y cuadros relacionados sino que también incluye un programa de tratamiento fuertemente sistematizado.

Carmela R., José D., Ariel M. (2013) describe que el modelo estructural para explicar el funcionamiento psicológico tanto normal como patológico. En primer lugar, postula la existencia de una suerte de filtro o plantilla mental con la cual la persona abordaría las diferentes situaciones; los denomina esquemas, los cuales serían en última instancia los responsables de la regularidad en las interpretaciones cotidianas.

En el entorno de la Terapia Cognitiva, la noción de esquema debe ser entendida como un conjunto de significados idiosincrásicos con los cuales el sujeto va dando sentido a las diferentes situaciones vitales. Así, por ejemplo, para algunas personas los esquemas relacionados con el atractivo sexual son más preponderantes, de este modo, tenderán rápidamente a observar, concentrarse y calificar a los demás en función de su belleza física, su vestimenta y cuidados personales. En otras personas sobresalen los esquemas relacionados con el trabajo y el dinero; por lo tanto, estarán más pendientes de la información económica y financiera, buscarán más fácilmente personas con las cuales hacer negocios e incrementar sus ingresos.

Queda claro que la formación de esquemas cognitivos no tiene de suyo nada de patológico, se trata de un proceso no sólo sano sino inevitable. Es a través de nuestra cultura y educación que vamos formando estas estructuras cognitivas. Sin embargo, en algunos casos, sí pueden tornarse patológicas.

En lo que hace a la Depresión, el esquema central propuesto por Aarón Beck se denomina tríada cognitiva. Con ella, se refiere a una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que padece depresión, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona despreciable, desvalorizada. Resalta sus aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí.

Por otro lado, también remarca los aspectos negativos de su entorno, su medio ambiente, incluyendo las personas que lo rodean. Finalmente, es pesimista, es decir, cree que en el futuro su vida no cambiará, seguirá padeciendo desgracias y sufrimiento. Esta última arista de la tríada cognitiva, la visión negativa del futuro, se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio.

Ahora bien, el Modelo de la Terapia Cognitiva de la Depresión propone que los esquemas se manifestarán en la consciencia del individuo a través de interpretaciones puntuales y precisas de las situaciones que atraviesa. Tales interpretaciones se denominan pensamientos automáticos y consisten en mensajes específicos, cortos y fugaces; adoptan típicamente la forma de frases breves tales como “soy un inútil”, “mi vida es un fracaso”, “perdí en todo”, “¿para qué vivir así?”. Tal es el bombardeo de verbalizaciones negativas que el depresivo tiene en su consciencia que, naturalmente, la emoción predominante de su estado de ánimo no puede ser otra más que la tristeza.

La manifestación de los esquemas en pensamientos automáticos depende entre otras cosas, de la activación de algunas maneras distorsionadas de procesar la información. Se entiende que el ser humano posee una habilidad única para procesar información, vale decir, combinarla, transformarla, relacionarla y llegar con esto a ideas nuevas. Esta habilidad tan exquisitamente humana de la cual tanto el hombre se ha beneficiado puede, en algunos casos, volverse en su contra.

En el modelo de la Terapia Cognitiva, este es el lugar de los errores o distorsiones cognitivas. Con tal expresión, Beck se refiere a un conjunto de formas patológicas de transformación de la información, los cuales conducen a aumentar el estado de ánimo depresivo.

2.2.5.2 TEORÍA COGNITIVA DE ANSIEDAD BECK

Se parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación- arousal emocional (a nivel conductual). Beck (1985) refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas.

Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos. Los esquemas

cognitivos subyacentes suelen ser idiosincráticos, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud (Jarret y Rush, 1988).

Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son (Beck, 1985) citado por Ruiz & Cano (2000):

1. Inferencia arbitraria - Visión catastrófica: Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.
2. Maximización: El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.
3. Minimización: El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

Beck (1985), citado por autores Ruiz & Cano (2000) añade que, en los trastornos por ansiedad, pánico y fobias, la activación cognitiva de los esquemas de amenaza, produciría una especie de "bypass cognitivo": una especie de evitación, cortocircuito o dificultad para que operara el pensamiento racional del sujeto; el sistema primitivo de procesamiento de la información competiría con el sistema racional y evolucionado de procesamiento. Esto explicaría el típico "conflicto neurótico" entre la razón y la "irracionalidad" percibida por el sujeto en sus cogniciones.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

➤ **Depresión**

La depresión es más que sentirse "nostálgica" o "con un bajón anímico" durante unos días. Es una enfermedad grave que involucra al cerebro. En la depresión, los sentimientos de tristeza, ansiedad o "vacío" no desaparecen e interfieren con la vida cotidiana y las rutinas. Estos sentimientos pueden ser de leves a graves. La buena noticia es que la mayoría de las personas con depresión mejoran con el tratamiento. (John W. Schmitt, 2014).

➤ **Niveles de depresión**

Ψ **Depresión mínima** es la sensación de cambios de ánimo. (Serna J., 2013)

Ψ **Depresión leve:** Son pacientes, por lo general, son capaces de continuar con sus actividades habituales con total normalidad. (Serna J. (2013)

Ψ **Depresión moderada:** se sitúa entre la depresión leve y la mayor, y se presenta con los mismos síntomas: falta de interés en actividades placenteras y dificultad en completar tareas simples. La depresión moderada puede tener un impacto negativo en las áreas profesionales, sociales y domésticas. La depresión moderada puede resultar en que los sentimientos sean heridos fácilmente en las relaciones personales y la preocupación innecesaria para el desempeño del trabajo. (Keith Chew, 2012)

Ψ **Depresión severa:** Es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, y pensamiento y movimientos ya sea lentos o agitados. La depresión severa no es una tristeza

pasajera. Si no se obtiene tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, sin embargo, un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión. (Domenec B., 2012).

➤ **Ansiedad**

La ansiedad es una anticipación aprensiva de un peligro o desgracia futura acompañada de un sentimiento de malestar o síntomas somáticos de tensión. (DSM-IV, 2012)

➤ **Niveles de la Ansiedad**

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad: leve, moderado, grave y de pánico. Cada uno de ellos presenta unas manifestaciones diferentes que varían en intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona, en sus diferentes dimensiones (fisiológica, cognitiva y comportamental).

Ψ **Nivel de Ansiedad Leve:** Se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que la percepción y la atención de la persona están incrementadas. Sin embargo, la persona conserva la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. A nivel fisiológico, una ansiedad leve puede provocar insomnio y sensación de malestar y agotamiento físico.

Ψ **Nivel de Ansiedad Moderada:** Provoca una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva. A nivel fisiológico, la ansiedad moderada se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pudiendo producirse además temblores y estremecimientos.

Ψ **Nivel de Ansiedad Grave:** Se caracteriza principalmente por la incapacidad de la persona para concentrarse y por

una percepción muy reducida de la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas.

- **Madres gestantes primerizas:** Se le considera a la mujer que no ha tenido embarazos previos, mujer que se encuentra en su primer parto.
- **Centro de Salud:** Es aquel establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas.

Los centros de salud son los espacios de atención primaria en las pequeñas comunidades así como también en los distritos barriales y municipales. En caso que el paciente requiera de una atención más completa, compleja o específica, es derivado a otro tipo de lugar, como un hospital o sanitario.

Lo habitual es que el centro de salud cuente con la labor de médicos clínicos, pediatras, enfermeros y personal administrativo. También es posible que actúen otro tipo de profesionales, como trabajadores sociales y psicólogos, lo que permite ampliar la cantidad de servicios.

2.4 SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
V1. Depresión	1. Depresión Mínima	<ul style="list-style-type: none"> Ψ No se siente triste. Ψ No se siente especialmente desanimado respecto al futuro. Ψ No se siente fracasado. Ψ Las cosas le satisfacen tanto como antes. Ψ No me siento especialmente culpable. Ψ No creo que esté siendo castigado. Ψ No estoy decepcionado de mí mismo. Ψ No me considero peor que cualquier otro. Ψ No lloro más de lo que solía llorar.
	2. Depresión leve	<ul style="list-style-type: none"> Ψ Me siento triste. Ψ Me siento desanimado respecto al futuro. Ψ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. Ψ No disfruto de las cosas tanto como antes. Ψ Me siento culpable en bastantes ocasiones. Ψ Me siento como si fuese a ser castigado. Ψ Estoy decepcionado de mí mismo. Ψ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
	3. Depresión moderado	<ul style="list-style-type: none"> Ψ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. Ψ Siento que no tengo que esperar nada. Ψ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. Ψ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. Ψ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. Ψ Espero ser castigado. Ψ Me da vergüenza de mí mismo. Ψ Continualmente me culpo por mis faltas.
	4. Depresión severa	<ul style="list-style-type: none"> Ψ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. Ψ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. Ψ Me siento una persona totalmente fracasada.

		Ψ Estoy insatisfecho o aburrido de todo. Ψ Me siento culpable constantemente. Ψ Siento que estoy siendo castigado. Ψ Me detesto. Ψ Me culpo por todo lo malo que sucede.
V2. Ansiedad	1. Ansiedad mínima	Ψ Puntajes de 0 -7
	1. Ansiedad leve	Ψ Puntajes de 8-15
	2. Ansiedad moderada	Ψ Puntajes de 16-25
	4. Ansiedad Severa	Ψ Puntajes de 26-63
V3. Intervinientes	Ψ Edad Ψ Estado civil Ψ Grado de instrucción Ψ Factores familiares Ψ Factores personales Ψ Factores económicos Ψ Reacción de su pareja al enterarse que van a ser padres	

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

V₁: Depresión, serán medidas mediante:

- El Inventario de Depresión de Beck V₂:

Ansiedad, serán medidas mediante:

- El Inventario de Ansiedad de Beck

2.6 HIPÓTESIS

2.6.1. HIPOTESIS GENERAL

Hi: Existe una relación significativa entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud del distrito de Huánuco – Huánuco - 2015.

H0: No existe una relación significativa entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud del distrito de Huánuco – Huánuco - 2015.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. NIVEL, TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

3.1.1 NIVEL

DESCRIPTIVO: El nivel es descriptivo, que busca especificar propiedades, características, y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice y que también describe tendencias de un grupo o población (Sampieri, R, Fernández, C, Baptista, P, 2010).

En nuestro estudio se recogió información con los instrumentos de investigación y de esta manera describir rango de edades y los niveles de depresión y ansiedad de las madres gestantes primerizas.

3.1.2 TIPO

CORRELACIONAL: Es aquel tipo de estudio que persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables. (Sampieri, R, Fernández, C, Baptista, P, 2010).

En la presente investigación se usó, con el fin de establecer la relación entre las variables de estudio y responder a la interrogante planteada ¿Existe una relación significativa entre la Depresión y la Ansiedad en madres gestantes primerizas que se atienden en los centros de salud del distrito de Huánuco - 2015?

3.1.3 MÉTODO

El método de investigación a desarrollar es el **DESCRIPTIVO**. Según Sánchez, H y Reyes, C (1998), consiste en describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos relacionados con otras variables tal como se presente. El método descriptivo apunta a estudiar al fenómeno en su estado actual en su

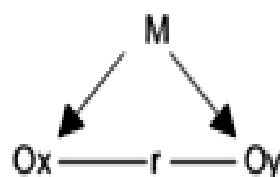
forma natural; por tanto las posibilidades de tener un control directo de las variables de estudio son mínimas, por lo cual su validez interna es discutible.

A través del método descriptivo se identifica y conoce la naturaleza de una situación en la medida en que ella existe durante el tiempo del estudio; por consiguiente no hay administración o control manipulativo o un tratamiento específico. Su propósito básico es describir como se presenta y que existe con respecto a las variables o condiciones en una situación. Específicamente la modalidad del método descriptivo a utilizar es de encuesta. (Sampieri, R, Fernández, C, Baptista, P, 2010).

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación es **DESCRIPTIVA** de tipo **CORRELACIONAL** porque se busca conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular cuyo objetivo es determinar la relación entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas que se atienden en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco - 2015. Y así proporcionar su descripción. (Sampieri, R, Fernández, C, Baptista, P, 2010).

Representación simbólica:



M = Representa la muestra de estudio (Madres Gestantes Primeriza).

O_x = Representa los datos de Depresión.

O_y = Representa los datos de Ansiedad.

r = Indica el grado de correlación entre ambos variables.

3.3. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente proyecto de investigación se llevará a cabo en el Perú, Departamento de Huánuco, Provincia de Huánuco y Distrito de Huánuco en el Centro de Salud “Aparicio Pomares” y el Centro de Salud “Las Moras”

Huánuco está ubicada en el centro del Perú, con topografía accidentada y regiones de sierra y selva. Limita al norte con los departamentos de La Libertad y San Martín; por el este con Loreto, Ucayali y Pasco; por el sur, con Pasco; por el oeste con Pasco, Lima y Departamentos de Ancash. Sus límites por el sur y el oeste están marcados por la gigantesca muralla que forman el Nudo de Pasco y la Cordillera Huayhuash.

Según el INEI, al 30 de junio de 2014, Huánuco contó con 854.234 habitantes. Y según el censo de 2007, su población asciende a 762.223 habitantes, de los cuales 50,4% son hombres y 49,6% mujeres. A su vez, la población se divide en 41% rural y 59% urbana.

Ubicación de la población en el espacio

- a. **Ubicación en el espacio.** El estudio se realizó en los centros de salud: Aparicio Pomares y Moras que se encuentran en el distrito de Huánuco, Departamento de Huánuco.
- b. **Ubicación en el tiempo:** El periodo de estudio estuvo comprendido entre los meses de octubre a diciembre.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:

POBLACIÓN:

La población objetiva de investigación estuvo constituida por un total de 30 madres gestantes primerizas de los centros de salud del Distrito de Huánuco que oscilan entre 15 a 35 años de edad.

Sampieri, R, Fernández, C, Baptista, P, (2010)., "una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones". Es la totalidad del fenómeno a estudiar,

donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.

Criterios de inclusión:

- Se encuentran entre las edades de 15 a 35 años.
- Madres gestantes que van hacer su control perinatal.
- Madres gestantes que manifiesten deseos de participar voluntariamente en la investigación. (a través de consentimiento informado).
- Madres gestantes primerizas que residan en el Asentamiento Humano de Aparicio pomares y en el centro poblado las Moras y se atiendan en los establecimientos de salud de dichos lugares.

Criterios de Exclusión

- Madres gestantes que no van a su control perinatal.
- Madres gestantes primerizas que no manifiesten deseos de participar voluntariamente en la investigación.
- Madres que acuden por primera vez al centro de salud.
- Madres gestantes primerizas que están en labor de parto u otra emergencia.
- Madres gestantes primerizas que no están en el rango de edad solicitada.

MUESTRA:

El tipo de muestreo es el NO PROBABILÍSTICO, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. (Sampieri, R, Fernández, C, Baptista, P, 2010).

Sin embargo, en la investigación se tomó como muestra la totalidad de la población, debido a lo reducido de la misma (30 madres gestantes primerizas). Esta selección se corresponde con un tipo de Muestra Censal, que al respecto Zarcovich (2005), explica que este tipo de estudio... “La muestra censal supone la obtención de datos de todas las unidades del universo acerca de las cuestiones, bloques, que constituyen el objeto del censo. Los datos se recogen en una muestra que representa el total del universo, dado que la población es pequeña y finita”.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) TÉCNICAS

La observación.-Consiste en saber seleccionar aquella que queremos analizar, se suele decir, que saber observar es saber seleccionar.

La entrevista.-Es la comunicación establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

La encuesta.-Este método consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones y actitud.

Prueba Piloto.- Esta prueba consistió en administrar el instrumento a personas con características similares a los de la población en la investigación. Se sometió a prueba no solo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados, se analizaron si las instrucciones se comprendían y si los ítems funcionaban de manera adecuada, se evaluó también la redacción del cuestionario

b) **INSTRUMENTOS:** En nuestra investigación aplicamos los siguientes instrumentos:

- **Inventario de Depresión de Beck**

El Inventario de Depresión de Beck se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión, dada su probada validez y confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas.

La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa o de aquella que requiere hospitalización. En el diseño de este test, se han tenido en cuenta esos criterios internacionales de descripción, por lo que no presenta de ninguna teoría de la depresión en particular. Este instrumento, de muy fácil aplicación y puntuación. La toma lleva entre 10 y 15 minutos, provee pautas de administración, puntuación e interpretación, así como los resultados de los estudios de confiabilidad y de validez.

- ✓ **Validez y Confiabilidad**

- Validez**

Diecisiete de los 21 ítems de la versión española del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM-IV (APA, 2012) y también reflejan, aunque sólo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros dos del sistema de la APA (Problemas de peso/ apetito y Problemas del sueño). El síntoma de Trastornos psicomotores del DSM V es el único que no cubre el BDI. En cuanto a los 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo mayor todos ellos no sintomáticos, el BDI cubre al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento (Criterio C) con el ítem referido a problemas laborales. Por lo tanto, el BDI tiene una

razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM - V. No obstante, a pesar de estas correspondencias, jamás debe utilizarse el BDI como una herramienta diagnóstica de depresión (Vázquez, 1986, 1995).

Confiabilidad

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

Es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. Por ejemplo, uno de los ítems es “Nerviosismo” y se pide a la persona que conteste sobre la gravedad con que le afectó durante la última semana, en una escala de 4 puntos desde “Nada en absoluto” hasta “Gravemente”.

El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación. No obstante, dado que la población en la que se desarrolló estaba formada por pacientes psiquiátricos adultos casi en su totalidad, debería usarse con precaución en otras poblaciones.

✓ **Validez y Confiabilidad**

Validez

El Manual describe los estudios de validez realizados con el test original y con la versión adaptada. Se han realizado estudios de validez concurrente, de constructo, discriminante, factorial y de discriminación diagnóstica. La adaptación se hizo sobre 6 muestras, siendo 1467 el número total de evaluados.

En cuanto a la validez de contenido, los ítems se crearon con cuidado para asegurarse de que recogían la mayor parte de los síntomas de ansiedad. En conjunto, se proporcionan garantías suficientes sobre el contenido del cuestionario, si bien no se aportan resultados de un estudio específico de validez de contenido.

Respecto a la traducción al español, se realizaron dos, se contrastaron con otras dos previas y se llevó a cabo un estudio piloto para comprobar su aplicabilidad.

En cuanto a los estudios psicométricos de validez, en la adaptación castellana se proporcionan evidencias relativas a la estructura interna, con dos factores correlacionados entre sí y descritos como Ansiedad cognitiva y Ansiedad somática, evidencias convincentes de validez discriminante en relación con el test Beck Depression Inventory, y resultados de la comparación entre grupos con diversos diagnósticos clínicos, que confirman las diferencias esperadas. También se encuentran diferencias en la respuesta promedio en función del sexo y edad

(en este caso, solo en una de las 3 comparaciones), si bien de escasa importancia.

Las evidencias de validez convergente que se aportan se obtuvieron en muestras que contestaron a la versión original, donde se observaron correlaciones con otras medidas de ansiedad con valores entre 0.41 y 0.58.

Hay cuatro aspectos que requieren un comentario. El primero, referido al proceso de respuesta, sería explorar si ha tenido o no alguna consecuencia en los resultados la eliminación en las instrucciones de la precisión "incluido el día de hoy" que los autores de la adaptación aplicaron para evitar que los evaluados terminasen informando de la ansiedad que específicamente producía la evaluación. Algunos datos del Manual sugieren que el citado cambio de instrucciones no ha afectado a los resultados psicométricos o apenas lo ha hecho. En segundo lugar, sería oportuno aportar evidencia de validez convergente en relación con otras medidas autoinformadas de la ansiedad, particularmente aquellas que están muy establecidas, como son la escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton y el test State Trait Anxiety Inventory, algo que sí se hizo en el cuestionario original. En tercer lugar, la equivalencia métrica de la adaptación castellana está documentada mediante la comparación de índices estadísticos obtenidos en los análisis de fiabilidad y validez, pero podría proporcionarse evidencia más convincente si se pudiera realizar un estudio de invarianza entre las muestras que contestan al

cuestionario original y las que contestan a la adaptación española. En cuarto lugar, debiera explorarse más a fondo si realmente son uno o dos factores los que subyacen a los resultados. En los últimos años se han propuesto procedimientos de detección del número de factores con ítems tipo Likert que superan al procedimiento MAP aplicado. En todo caso, los últimos estudios realizados por los adaptadores de la prueba citados en las referencias (Sanz, García-Vera y Fortún, 2011) apoyan la unidimensionalidad del BAI.

Confiabilidad

El estudio de la fiabilidad de la adaptación española se restringe a la consistencia interna, produciendo en diversas muestras un valor del coeficiente alfa alto (superior a 0.8). Debería discutirse con mayor profundidad la conveniencia o no de estudiar la estabilidad temporal de la medida. Ello depende de la estabilidad que se le suponga a los síntomas, un concepto que se trata sucintamente en la página 59 del Manual, cuando se dice que el criterio diagnóstico se ajustó para valorar la “prevalencia puntual de trastornos”, y que convendría tratar con mayor detalle. No se informa de los errores típicos ni de la relevancia de la precisión del test en la obtención de la puntuación verdadera de cada evaluado, lo que es relevante en pruebas cuyo principal uso es la evaluación individual.

➤ **VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS REALIZADO POR LAS INVESTIGADORAS.**

En primer lugar se realizó un piloto para someter todos los instrumentos a prueba en nuestro contexto e identificar principalmente dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña prueba se realizó en una población homologa a nuestra prueba de estudio fue el centro de salud del distrito de Huánuco, tomándose como muestra a madres gestantes primerizas.

Aplicándose los instrumentos empleados en la primera prueba en la muestra ya mencionada dicho suceso fueron en los establecimientos los centros de salud del distrito de Huánuco, se analizaron las valoraciones obtenidas realizando la confiabilidad. Esta consistió en aplicar nuestros instrumentos en un mismo grupo de sujetos, en un intervalo relativamente corto de tiempo

El nivel de confiabilidad se realizó a través del método estadístico, usando para esto el Alfa de Cronbach como se presenta en los cuadros para las dos pruebas de Depresión y Ansiedad.

Confiabilidad del instrumento de depresión de Beck
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0.912	0.912718818	21

Confiabilidad del instrumento de Ansiedad de Beck:
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0.919	0.919	21

Los instrumentos de recolección de datos alcanzaron una confiabilidad alta mayor o igual de 0,8 de igual modo cada dimensión de las dos variables. Se obtuvieron como resultado de Alfa de Cronbach 0.919 para el instrumento de la Ansiedad de Beck, así mismo para el instrumento de depresión se obtuvo como resultado de Alfa de Cronbach 0.912; esto significa que los instrumentos de ambas variables son confiables en su consistencia interna.

Los instrumentos de investigación fueron adaptados a la realidad de la Población, que se aplicaron a la muestra piloto de las madres gestantes primerizas para establecer el índice de discriminación, y así hallar la confiabilidad con el alfa de Cronbach. De esta forma se constató que el instrumento diseñado era válido y confiable para ser aplicado a la población de estudio.

3.6. PROCEDIMIENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Documentos: Para obtener la información de la presente investigación se realizó las coordinaciones con la Decana de la Facultad de Psicología, se tramitó la documentación respectiva donde se solicitó los permisos correspondientes para las facilidades en el desarrollo de la toma de datos. Asimismo, se dio a conocer el cronograma de actividades desde la recolección de datos hasta el procesamiento de la información.

Se aplicó la evaluación de los instrumentos respectivos: a las madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco, estos instrumentos nos ayudaron a obtener datos necesarios para la investigación.

- ✓ Selección de la muestra.
- ✓ Selección del instrumento.
- ✓ Preparación del instrumento.
- ✓ Coordinaciones administrativas.
- ✓ Aplicación de los instrumentos.
- ✓ Calificación, interpretación y análisis de datos.
- ✓ Elaboración de informes.

3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

En la presente investigación, los datos fueron procesados en base a los procedimientos estadísticos descriptivos con el propósito de correlacionar las variables de estudios y para las

distribuciones de frecuencias de las variables a estudiar, se utilizó la técnica estadística T de Student para muestras independientes. Estadística descriptiva que se dedicó a recolectar, ordenar, analizar y representar un conjunto de datos, con el fin de describir apropiadamente las características de este. Este análisis es muy básico. Aunque hay tendencia a generalizar a toda la población, las primeras conclusiones obtenidas tras un análisis descriptivo, es un estudio calculando una serie de medidas de tendencia central, para ver en qué medida los datos se agrupan o dispersan en torno a un valor central

El programa de análisis de datos que se utilizó para explorar los datos obtenidos en la recolección de datos será realizado a través del SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).

Como también se utilizó la media en frecuencia y porcentaje, esto el inicio de la primera fase descriptiva de los datos, esta tiene por objeto sintetizar la información mediante la elaboración de tablas de frecuencia, representaciones gráficas y el cálculo de medidas estadísticas. Así mismo se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson; el cual es una prueba para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalo o de razón. (Sampieri, R, Fernández, C, Baptista, P, 2010). También nos servirá para la verificación de la hipótesis.

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1 PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

En la investigación se realizó la aplicación de inventario de depresión y ansiedad de Beck, aplicados a 30 madres gestantes primerizas que atienden en los centros de salud del Distrito de Huánuco, cada una de las madres gestantes primerizas fue abordada de una manera individual y con su debida privacidad siendo así más confiable el resultado.

Objetivo n° 1

TABLA N° 1

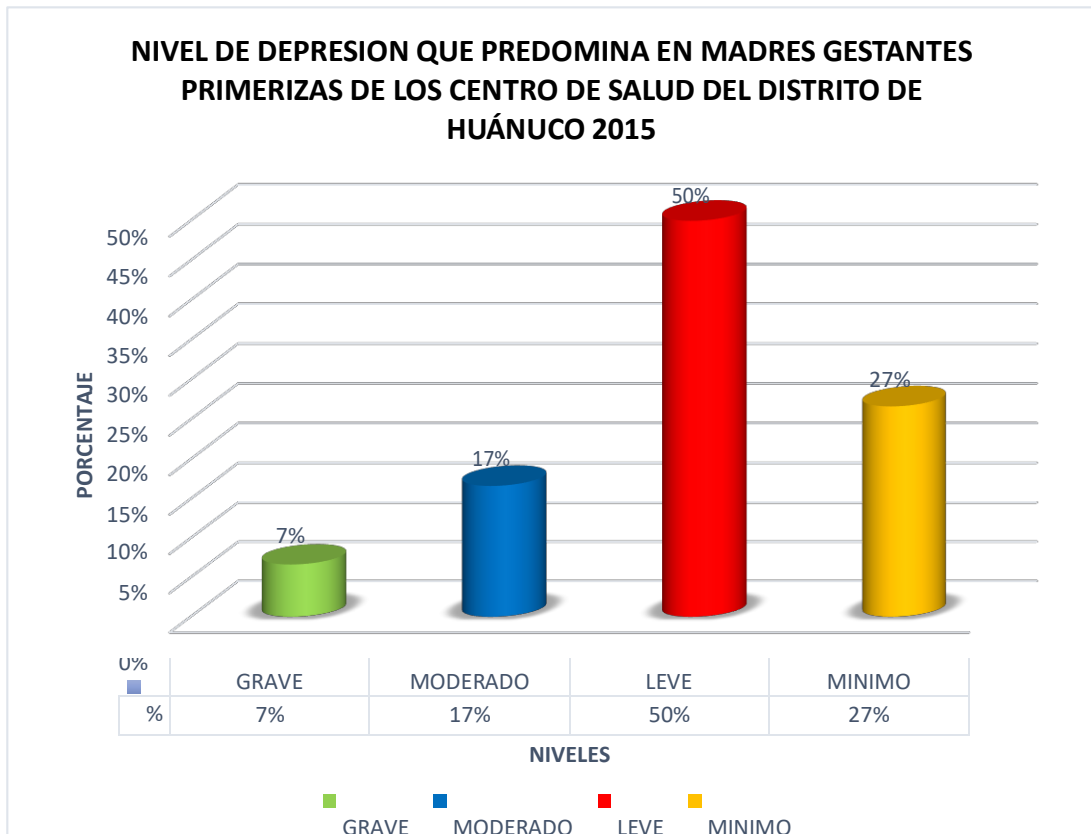
Nivel de Depresión que más predomina en las madres gestantes primerizas que se atienden en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco 2015

NIVELES DE DEPRESION	FRECUENCIA	%
GRAVE	2	7%
MODERADO	5	17%
LEVE	15	50%
MINIMO	8	27%
TOTAL	30	100%

Fuente: Madres Primerizas Evaluadas con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.

Elaboración: Propia.

GRAFICO N° 1



Fuente: Madres Primerizas Evaluadas con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.

Elaboración: Propia.

INTERPRETACIÓN:

En grafico N° 1 se aprecia que de un total de **30** madres gestantes primerizas evaluadas con el Inventario de Depresión de Beck que equivale al **100%**, se observa que el nivel de depresión que más predomina en la madres gestantes primerizas es el nivel de **DEPRESION LEVE** con **50 %**, seguido de un **27%** con un **NIVEL DE DEPRESIÓN MINIMO**, seguido con un **17%** con un **NIVEL DE DEPRESIÓN MODERADA** y un **7%** presenta una **DEPRESIÓN GRAVE** respectivamente.

Objetivo n° 2:

TABLA N° 2

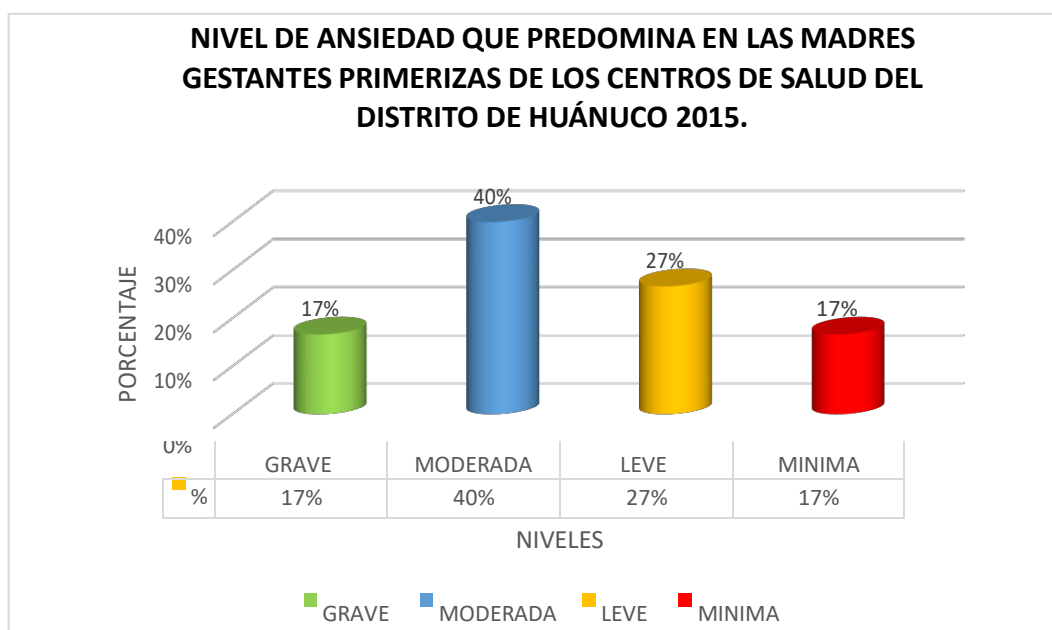
Nivel de Ansiedad que más predomina en las madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco 2015

NIVEL DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	%
GRAVE	5	17%
MODERADA	12	40%
LEVE	8	27%
MINIMA	5	17%
TOTAL	30	100%

Fuente: Madres Primerizas Evaluadas con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.

Elaboración: Propia.

GRAFICO N° 2



Fuente: Madres Primerizas Evaluadas con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.

Elaboración: Propia.

INTERPRETACION:

En gráfico N° 2 se aprecia que de un total de **30** madres gestantes primerizas evaluadas con el Inventario de Ansiedad de Beck que equivale al **100%**, se observa que el nivel de Ansiedad que más predomina en las madres gestantes

primerizas un mayor porcentaje en el nivel de **ANSIEDAD MODERADA** con **40%**, seguido con un **27%** con un nivel **ANSIEDAD LEVE**, seguido con un **17%** con un nivel de **ANSIEDAD GRAVE** y un **17%** que presenta un nivel de **ANSIEDAD MINIMA** respectivamente.

Objetivo 3 Y 4

TABLA N° 3

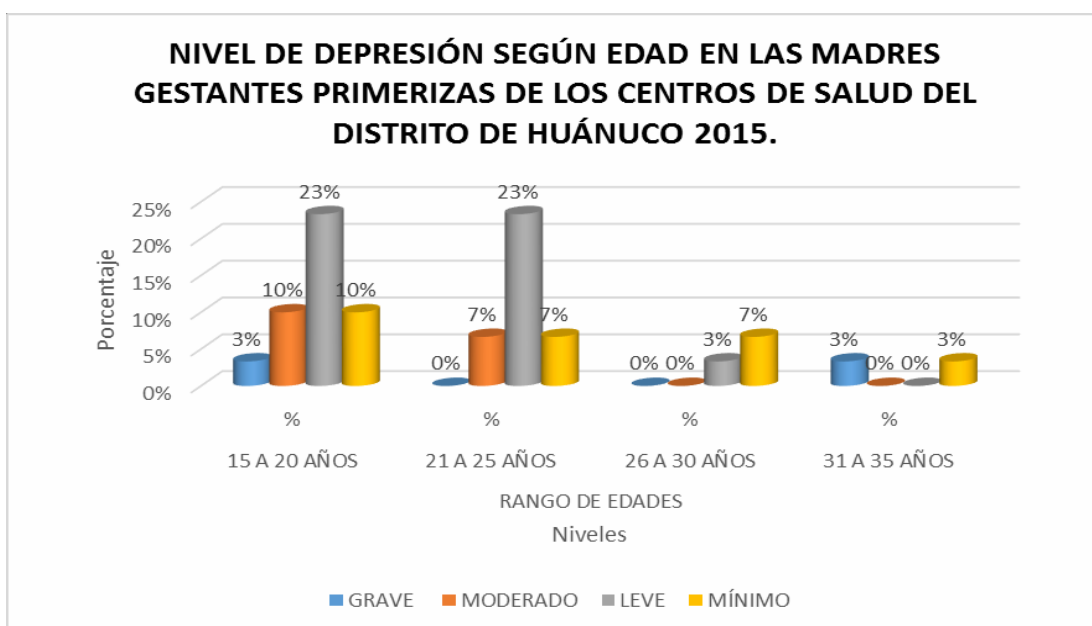
Nivel de Depresión según edad en las madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco 2015.

NIVEL DE DEPRESIÓN	RANGO DE EDADES									
	15 a 20 años		21 a 25 años		26 a 30 años		31 a 35 años		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
GRAVE	1	3%	0	0%	0	0%	1	3%	2	7%
MODERADO	3	10%	2	7%	0	0%	0	0%	5	17%
LEVE	7	23%	7	23%	1	3%	0	0%	15	50%
MÍNIMO	3	10%	2	7%	2	7%	1	3%	8	27%
TOTAL	14	47%	11	37%	3	10%	2	7%	30	100%

Fuente: Madres Primerizas Evaluadas con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.

Elaboración: Propia.

GRAFICO N°3



Fuente: Madres Primerizas Evaluadas con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.

Elaboración: Propia.

INTERPRETACION

En el **GRÁFICO N° 3** se aprecia un total de 30 madres gestantes primerizas evaluadas con el Inventario de Depresión de Beck que equivale al 100%. Según rango de edades se observa que entre las edades de **15 a 20 años**, el nivel de Depresión con mayor porcentaje es el **NIVEL LEVE**, con un 23% y el nivel con un menor porcentaje es el **NIVEL GRAVE** con un 3% respectivamente.

Se observa que entre las edades **de 21 a 25 años**, el nivel de Depresión con mayor porcentaje es el **NIVEL LEVE** con un 23% y los niveles con un menor porcentaje es **NIVEL MODERADO** y **MINIMA** con un 3% respectivamente.

Se observa que entre las edades de **26 a 30 años**, el nivel de Depresión con mayor porcentaje es el **NIVEL MÍNIMA** con un 7% y el nivel con un menor porcentaje es el **NIVEL LEVE** con un 3% respectivamente.

Se observa que entre las edades de **31 a 35 años**, los niveles de Depresión son el **NIVEL GRAVE** y **MÍNIMA** los cuales se encuentran con el mismo porcentaje, con un 3% respectivamente.

TABLA N°4

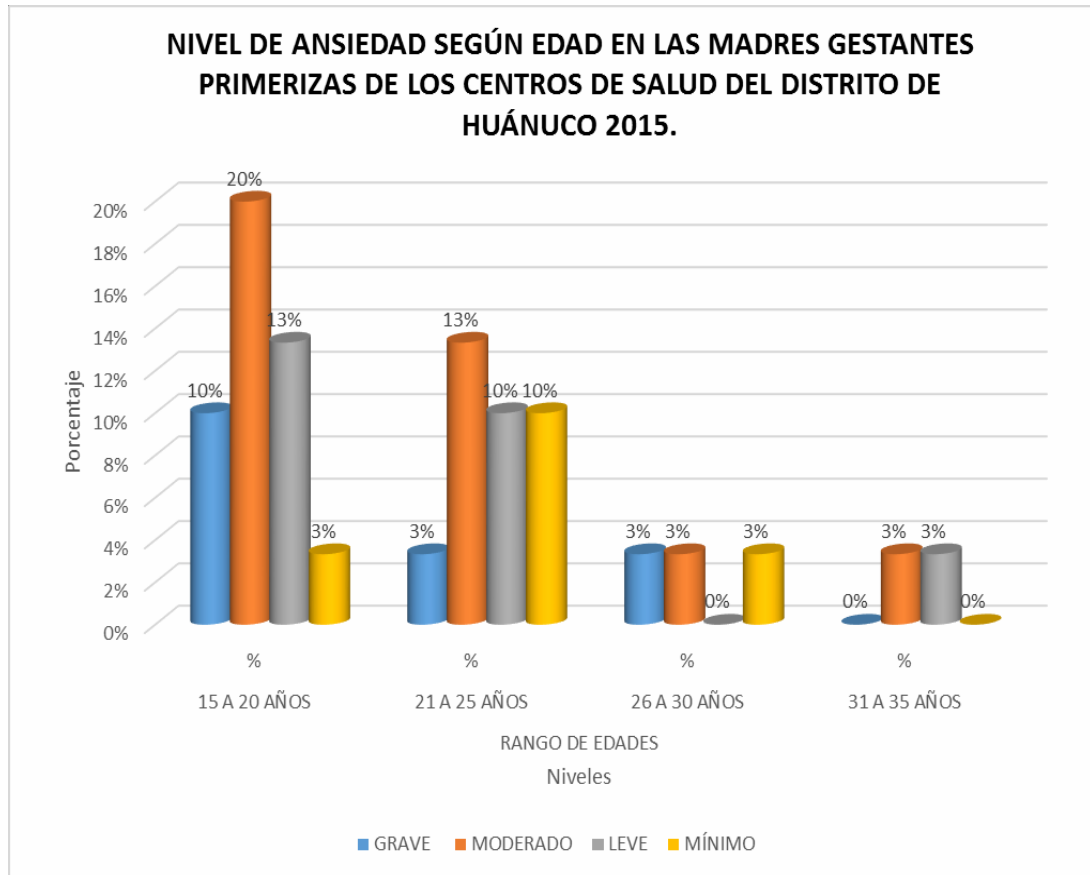
Nivel de Ansiedad según edad en las madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco 2015.

RANGO DE EDADES										
NIVELES DE ANSIEDAD	15 a 20 años		21 a 25 años		26 a 30 años		31 a 35 años		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
GRAVE	3	10%	1	3%	1	3%	0	0%	5	17%
MODERADO	6	20%	4	13%	1	3%	1	3%	12	40%
LEVE	4	13%	3	10%	0	0%	1	3%	8	27%
MÍNIMO	1	3%	3	10%	1	3%	0	0%	5	17%
TOTAL	14	47%	11	37%	3	10%	2	7%	30	100%

Fuente: Madres Primerizas Evaluadas con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.

Elaboración: Propia.

GRAFICO N°4



Fuente: Madres Primerizas Evaluadas con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.

Elaboración: Propia.

INTERPRETACION

En el **GRÁFICO N° 4** se aprecia un total de 30 madres gestantes primerizas evaluadas con el Inventario de Ansiedad de Beck que equivale al 100%. Según rango de edades se observa que entre las edades de **15 a 20 años**, el nivel de Ansiedad con mayor porcentaje es el **NIVEL MODERADA**, con un 20% y el nivel con un menor porcentaje es el **NIVEL MINIMO** con un 3% respectivamente.

Se observa que entre las edades de **21 a 25 años**, el nivel de Ansiedad con mayor porcentaje es el **NIVEL MODERADA** con un 13% y el nivel con menor porcentaje es **NIVEL GRAVE** con un 3% respectivamente.

Se observa que entre las edades de **26 a 30 años**, los niveles de Ansiedad son el **NIVEL GRAVE, MODERADA y MINIMA** los cuales se encuentran con el mismo porcentaje, con un 3% respectivamente.

Se observa que entre las edades de **31 a 35 años**, los niveles de Ansiedad son el **NIVEL MODERADA y LEVE** los cuales se encuentran con el mismo porcentaje, con un 3% respectivamente.

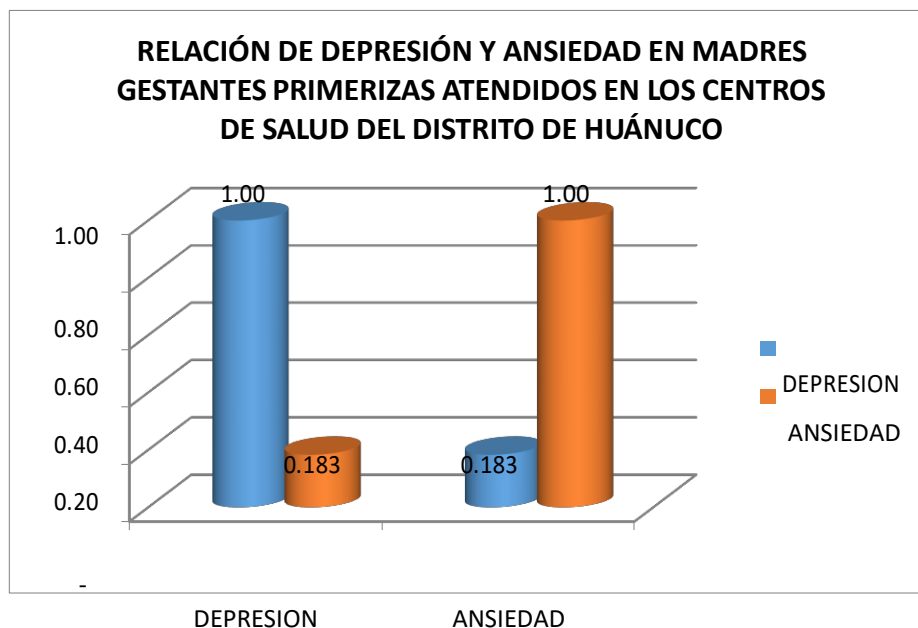
Objetivo N° 5

CUADRO N°5

Relación entre la Depresión y la Ansiedad que presentan las madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco.

	DEPRESION	ANSIEDAD
DEPRESION	1.00	0,183
ANSIEDAD	0,183	1.00

GRAFICO N°5



Fuente: Madres Primerizas Evaluadas con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.

Elaboración: Propia.

4.2 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los datos recolectados de los instrumentos del Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck han tenido como producto un conjunto de resultados en dirección a los objetivos y con las hipótesis.

Los resultados de la presente investigación se presentan en un conjunto de 5 tablas con sus respectivos gráficos, asimismo la interpretación y el análisis de cada uno.

De acuerdo al **GRAFICO Nº 1** de las 30 madres gestantes primerizas evaluadas que equivale a un 100%, se observa que el Nivel de Depresión que más predomina en las madres gestantes primerizas es el **NIVEL DE DEPRESION LEVE**; es decir que solo existe la presencia de cinco o seis síntomas depresivos, por incapacidad leve o capacidad de función normal pero con un esfuerzo destacado, además que su estado de ánimo es bajo; seguido del **NIVEL DE DEPRESION MINIMA**, es decir presentan un estado de ánimo satisfactorio; seguido del **NIVEL DE DEPRESION MODERADA**, es decir presentan falta de interés en actividades placenteras y dificultades en completar tareas simples y en un porcentaje menor presentan el **NIVEL DE DEPRESION GRAVE** que muestran incapacidad evidente y observable, es dificultoso para estar en un ambiente de responsabilidades, ya que se sienten infelices o mal de ánimo.

De acuerdo al **GRAFICO Nº 2** de las 30 madres gestantes primerizas evaluadas que equivale a un 100%, se observa que el Nivel de Ansiedad que más predomina en las madres gestantes primerizas es el nivel de **ANSIEDAD MODERADA**; es decir que provoca la disminución de la atención y de la percepción, dificultad de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva; seguido del nivel de **ANSIEDAD LEVE**; es decir presentan un estado de alerta en el que la percepción y la atención de la persona están incrementados y esto puede provocar insomnio y sensación de malestar; seguido del nivel de **ANSIEDAD GRAVE**, es decir se caracterizan principalmente por la incapacidad de la persona para concentrarse y por una percepción muy

reducida de la realidad y en un porcentaje menor presentan **ANSIEDAD MINIMA**.

En el **GRÁFICO Nº 3** del total de 30 madres gestantes primerizas evaluadas con el Inventario de Depresión de Beck que equivale al 100%, se aprecia que en el rango de las edades de **15 a 20 años**, el nivel de Depresión con un mayor porcentaje es el **NIVEL LEVE**, es decir presentan una incapacidad leve o capacidad de función normal pero con un esfuerzo destacado; por otro lado el nivel con un menor porcentaje es el **NIVEL GRAVE**; es decir presentan incapacidad evidente y observable. Se aprecia que en el rango de las edades de **21 a 25 años**, el nivel de Depresión con mayor porcentaje es el **NIVEL LEVE**; es decir presentan una incapacidad leve o capacidad de función normal pero con un esfuerzo destacado; por otro lado los niveles de Depresión de menor porcentaje son el **NIVEL GRAVE**, que se caracterizan principalmente por la incapacidad evidente y observable; y el **NIVEL MINIMA** que presentan un estado de ánimo satisfactorio. Se aprecia que en el rango de las edades de **26 a 30 años**, el nivel de Depresión con un mayor porcentaje es el **NIVEL MÍNIMA**; es decir presentan un estado de ánimo satisfactorio; por otro lado el nivel con un menor porcentaje es el **NIVEL LEVE** presentan una incapacidad leve o capacidad de función normal pero con un esfuerzo destacado. Se aprecia que entre las edades de **31 a 35 años**, existen dos niveles de Depresión con el mismo porcentaje que son: el **NIVEL GRAVE**, incapacidad evidente y observable y el **NIVEL MÍNIMA** que presentan un estado de ánimo satisfactorio.

De acuerdo al **GRAFICO Nº 4** de las 30 madres gestantes primerizas evaluadas que equivale a un 100%, en relación a los rangos de edades, se aprecia que la edad comprendida entre **15 a 20 años**, el nivel de Ansiedad con mayor porcentaje es el **NIVEL MODERADA**, es decir presentan sensaciones inquietantes y produce una disminución de la atención y de la percepción, dificultad de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva; por otro lado el nivel de Ansiedad con un menor porcentaje es el **NIVEL MINIMA** se

caracteriza por un estado de ánimo satisfactorio. Se aprecia que entre las edades de **21 a 25 años**, el nivel de Ansiedad con mayor porcentaje es el **NIVEL MODERADA**; es decir presentan disminución de la atención y de percepción, dificultad para analizar la realidad de forma objetiva; por otro lado el nivel con menor porcentaje es el **NIVEL GRAVE**, presentan incapacidad para concentrarse con una percepción muy reducida de la realidad. Se aprecia que entre las edades de **26 a 30 años**, existen tres niveles de Ansiedad con el mismo porcentaje que son: el **NIVEL GRAVE**, presentan incapacidad para concentrarse con una percepción muy reducida de la realidad; **NIVEL MODERADA**, disminución de la atención y de la percepción, dificultad para analizar la realidad de forma objetiva y el **NIVEL MINIMA**, presentan estado de ánimo satisfactorio. Se aprecia que entre las edades de **31 a 35 años**, existen dos niveles de ansiedad con el mismo porcentaje que son: el **NIVEL MODERADA**, disminución de la atención y de la percepción, dificultad para analizar la realidad de forma objetiva y el **NIVEL LEVE** se caracteriza principalmente por un estado de alerta en que la percepción y la atención de la persona están incrementadas.

En el **GRÁFICO N°5** se evidencia que el resultado de R de Pearson hallada en la muestra $r = 0,183$, siendo igual a un $T = 0.987$, siendo menor al punto de corte establecido por los grados de libertad (28) y el margen de error (0.05), el cual es 2.048; esto nos indica que **NO** existen **relación estadísticamente significativa** entre las dos variables. Por lo tanto, se acepta la Hipótesis Nula (H_0) y se rechaza la Hipótesis de investigación (H_i). Es decir: NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA entre la Depresión y la Ansiedad en madres gestantes primerizas atendidos en los centros de salud del Distrito de Huánuco 2015.

4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

A) HIPÓTESIS GENERAL.

Según los resultados obtenidos en nuestra investigación, no existe relación significativa entre la depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud del Distrito de Huánuco 2015.

PRUEBA DE HIPOTESIS

TABLA N°6

Correlación de Pearson de la Depresión y Ansiedad en madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco - 2015

Cuadro de Correlación de las variables de Depresión y Ansiedad			
		DEPRESION	ANSIEDAD
DEPRESION	Correlación de Pearson	1	,183
	Sig. (bilateral)		,334
	N	30	30
ANSIEDAD	Correlación de Pearson	,183	1
	Sig. (bilateral)	,334	
	N	30	30

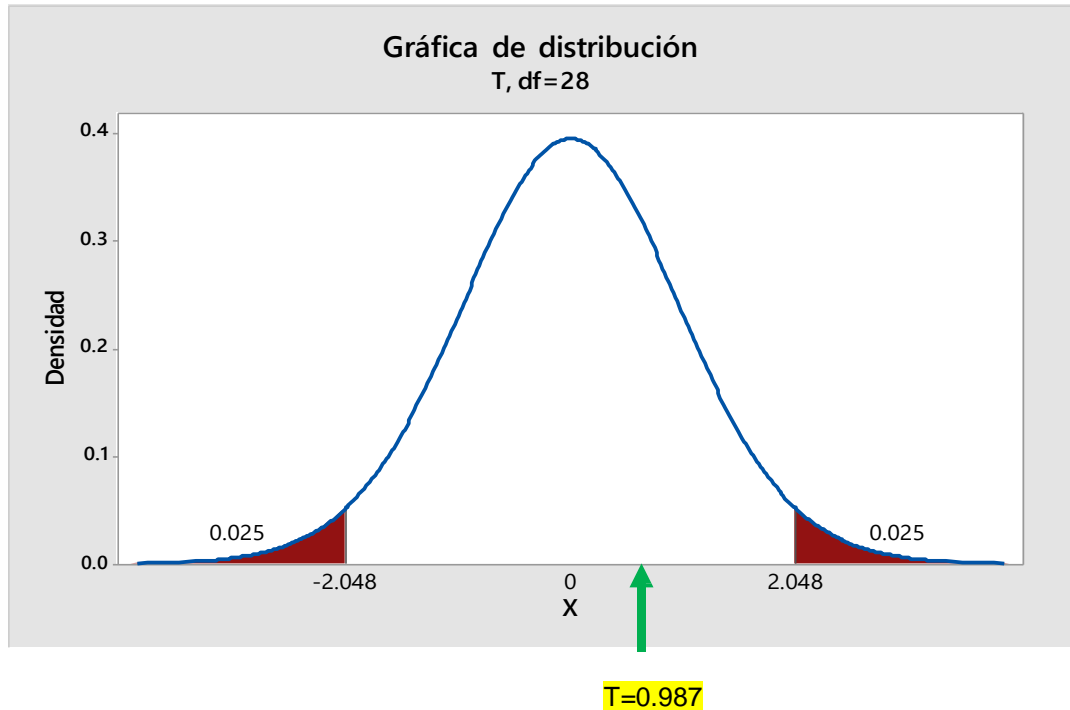
En la tabla se muestran los resultados de los niveles de depresión y ansiedad, se obtuvo un nivel de correlación de 0.183, considerando que la relación es significativa en el nivel 0.05.

Se aplica la fórmula:
$$t = \frac{(r)(\sqrt{N-2})}{\sqrt{1-r^2}}$$

Se obtiene un puntaje de T= 0.987

Gráfica N° 6

Gráfica de resultados a través de la Correlación de Pearson sobre la Depresión y Ansiedad en madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco – 2015



ELABORACIÓN: PROPIA

FUENTE: PROPIA

En el gráfico de Distribución se evidencia que el resultado de R de Pearson hallada en la muestra $r = 0,183$, siendo igual a un $T = 0.987$, siendo menor al punto de corte establecido por los grados de libertad (28) y el margen de error (0.05), el cual es 2.048; esto nos indica que **NO** existen **relación estadísticamente significativas** entre las dos variables. Por lo tanto, se acepta la Hipótesis Nula (H_0) y se rechaza la Hipótesis de investigación (H_i). Es decir:

NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA entre la Depresión y la Ansiedad en madres gestantes primerizas atendidos en los centros de salud del distrito de Huánuco 2015.

4.4 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

El propósito fundamental de la investigación fue Determinar la relación entre la Depresión y la Ansiedad en madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco – Huánuco - 2015. Para dar respuesta a este objetivo se seleccionó una muestra de 30 madres gestantes primerizas de los centros de salud del distrito de Huánuco.

De los resultados obtenidos podemos observar que en la población evaluada de las 30 madres gestantes primerizas, se utilizó el inventario de Depresión y Ansiedad de Beck para identificar los niveles Mínima, Leve, Moderada y Grave que más predomina en las madres gestantes primerizas; dichos resultados en el nivel de depresión fueron: Depresión Leve, con un 50%; y en el nivel de ansiedad se obtuvo el nivel Moderado, con un 40%.

En este trabajo de investigación que realizamos se deduce, que las madres gestantes primerizas a nivel de depresión se presentan cinco o seis síntomas depresivos, por incapacidad leve o capacidad de función normal pero con un esfuerzo destacado, además que su estado de ánimo es bajo. En cuanto al nivel de Ansiedad provoca la disminución de la atención y de la percepción, dificultad de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva.

Al determinar ambos resultados observamos y verificamos que la hipótesis general según los resultados que obtuvimos en nuestra investigación, No existe una relación significativa entre la Depresión y la Ansiedad en madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco – 2015.

En cuanto a la relación entre la Depresión y la Ansiedad en madres gestantes primerizas, se encontró que no existe relación entre ambas variables de investigación. **Díaz M., Amato R. y Chávez J. G. (2013)**, por otro lado en esta investigación sus resultados coinciden con los encontrados quien en su estudio tampoco halló una relación significativa entre depresión y ansiedad en embarazadas; pero sin embargo la

investigación concluye que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que tienen relación con tener una pareja inestable.

En cuanto a los grupos etarios de 15 a 20 años el Nivel de depresión con mayor porcentaje en las madres gestantes primerizas es el nivel leve con un 23%; seguido de 21 a 25 años, es el nivel leve con un 23%; seguido de 26 a 30 años, el nivel mínima, con un 7% y de 31 a 35 años, los niveles son grave y mínima con un 3%. Respecto a la ansiedad las edades comprendidas de 15 a 20 años, el nivel de ansiedad en las madres gestantes primerizas con mayor porcentaje es el nivel moderada, con un 20%; seguido de 21 a 25 años, es el nivel moderada con un 13%; seguido de 26 a 30 años, son el nivel grave, moderada y mínima con un 3% y de 31 a 35 años, son el nivel moderada y leve con un 3%; llegando a la conclusión que el grupo etario de 15 a 20 años presentan mayor prevalencia en cuanto a la depresión y ansiedad., en comparación con los otros grupos etarios. **Sainz K., Chávez B. y Díaz M. (2010)** por otro lado en esta investigación sus resultados coinciden con los encontrados quien en su estudio presento ansiedad y depresión por grupos etarios: la ansiedad se presentó como sigue: en el grupo de 12 a 19 años, en 41%; en el de 20 a 29 años, en 46%; en el de 30 a 34 años, en 76%; con respecto a la depresión, en el grupo de 12 a 19 años se observó en 75%; en el de 20 a 29 años, en 74%; en el de 30 a 34 años, en 65%. Concluye que existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión, con una mayor prevalencia de depresión en el grupo de 12 a 19 años en comparación con los otros grupos etarios.

De la misma forma encontramos que existe depresión en las madres gestantes primerizas durante el desarrollo de su embarazo, aunque con un nivel leve el porcentaje es mayor con un 50 %, este resultado se sustenta con la investigación de **Paccori Y., Mercado L. y Yisell D. (2012)** quien en su estudio afirma que los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo. **Salvatierra A. (2009).**, refiere que en su estudio la población investigada en más del 50% presenta en su mayoría un ligero

trastorno emocional en la depresión y menos del 50% manifiesta estar normal sin ningún síntoma emocional que le esté afectando durante el embarazo. **Luna M., Salinas J. Y Luna A. (2009)**. Refiere en su investigación que la prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos. Por otro lado en nuestra investigación realizada se encontró, una pequeña parte de la muestra de estudio que presentó un nivel de depresión grave.

En cuanto al nivel de Ansiedad que más predomina en las madres gestantes primerizas se encontró el nivel de ansiedad moderada, esto coincide con el estudio de **Sánchez M. (2014)** cuyos resultados demuestran que existe un nivel de ansiedad moderado en las madres de familia que reciben pensión de alimentos según procedencia familiar.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En la presente investigación realizada en los centros de salud del Distrito de Huánuco, sobre depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas, se tomó como muestra a treinta madres gestantes primerizas comprendidas en edades de 15 años a 35 años, de las cuales se obtuvo información con el Inventario de Depresión y Ansiedad de BECK.

El Nivel de Depresión que más predomina en las madres gestantes primerizas es el **NIVEL LEVE** en un 50%.

El Nivel de Ansiedad que más predomina en las madres gestantes primerizas es el nivel de **ANSIEDAD MODERADA** en un 40%.

En edades de **15 a 20 años** el Nivel de Depresión con mayor porcentaje en las madres gestantes primerizas es el nivel **LEVE** en un 23%.

En edades de **21 a 25 años**, el nivel de Depresión con mayor porcentaje en las madres gestantes primerizas es el nivel **LEVE** en un 23%.

En edades de **26 a 30 años**, el nivel de Depresión con mayor porcentaje en las madres gestantes primerizas es el nivel **MÍNIMA** en un 7%.

En edades de **31 a 35 años**, los niveles de Depresión en las madres gestantes primerizas son el nivel **GRAVE** y **MÍNIMA** los cuales se encuentran con el mismo porcentaje, en un 3%.

En edades de **15 a 20 años**, el nivel de Ansiedad en las madres gestantes primerizas con mayor porcentaje es el nivel **MODERADA** en un 20%.

En edades de **21 a 25 años**, el nivel de Ansiedad en las madres gestantes primerizas con mayor porcentaje es el nivel **MODERADA** en un 13%.

En edades de **26 a 30 años**, los niveles de Ansiedad en las madres gestantes primerizas son el nivel **GRAVE, MODERADA y MINIMA** los cuales se encuentran con el mismo porcentaje en un 3%.

En edades de **31 a 35 años**, los niveles de Ansiedad en las madres gestantes primerizas son el **NIVEL MODERADA Y LEVE** los cuales se encuentran con el mismo porcentaje en un 3%.

El resultado de R de Pearson hallada en la muestra, siendo igual a $r=0,183$, corresponde un puntaje $t=0.987$, el cual es menor al punto de corte establecido por los grados de libertad (28) y el margen de error (0.05), el cual es 2.048; esto nos indica que **NO** existen **relación estadísticamente significativas** entre las dos variables. Por lo tanto, se acepta la Hipótesis Nula (H_0) y se rechaza la Hipótesis de investigación (H_i). Es decir: **NO EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA** entre la Depresión y Ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud del distrito de Huánuco 2015.

En los niveles de Depresión en madres gestantes primerizas se obtuvo un alto índice el nivel LEVE; es decir que solo existe la presencia de cinco o seis síntomas depresivos, por incapacidad leve o capacidad de función normal, pero con un esfuerzo destacado, además que su estado de ánimo es bajo. En cuanto al nivel de Ansiedad en madres gestantes primerizas se obtuvo con un alto índice el nivel MODERADA; es decir provoca la disminución de la atención y de la percepción, dificultad de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva. En cuanto a los grupos etarios se encontró una mayor prevalencia de depresión y ansiedad, en las edades de 15 a 20 años en comparación con los otros grupos etarios.

Por ende este trabajo de investigación fue analizada y observada, que las madres gestantes primerizas presentan depresión y ansiedad pero estas

dos variables no se relacionan entre sí, ya que cada variable tiene criterios de diagnósticos diferentes.

5.2 RECOMENDACIONES

Por la experiencia adquirida, nos permitimos sugerir lo siguiente:

➤ **Ministerio de salud**

- Utilice recursos tales como: los promotores de salud y materiales de información para capacitar con respecto al embarazo y temas sexuales a los habitantes del distrito de Huánuco.

➤ **Centros de Salud**

- Al personal de salud de los centros de salud de los distritos de Huánuco aplicar programas de disminución de depresión y ansiedad.
- Realizar seguimientos permanentes de las pacientes diagnosticadas con depresión y ansiedad durante el transcurso del embarazo y posterior a este, para optimizar su salud mental y minimizar los riesgos para el feto.
- Promover programas para un embarazo saludable los cuales brinden apoyo para mejorar la calidad de vida.
- Campañas en salud mental dirigida a madres gestantes primerizas.
- Promover técnicas de relajación a través de la musicoterapia, la cual servirá para reducir los niveles de depresión y ansiedad.
- Es necesario que los centros de salud, creen más espacios psicológicos para que las personas puedan tener acceso al servicio, y así se puedan implementar programas de apoyo para que las madres lleven un embarazo sin riesgos.
- Contar con personal capacitado en las temáticas con un enfoque integral hacia la sexualidad para que transformen actitudes y no solamente transmitan información.
- Realizar tamizajes en problemas de salud pública, para abordar de una manera adecuada en los distintos problemas.

- Es importante que el gobierno de Huánuco tome acciones directas para disminuir los niveles de depresión y ansiedad.

➤ **Gestantes Primerizas.**

- Promover que en su entorno sea adecuado, interviniendo en los factores que lo alteran: desde problemas económicos, hasta falta de apoyo social o un embarazo adolescente. Por ejemplo, el estrés maternal severo influye en la segregación de ciertas hormonas placentarias, como el cortisol, potenciando la vulnerabilidad de los niños al estrés», explica la psicóloga.
- trabajar no solo con las actitudes hacia la futura maternidad sino también el apoyo y el ajuste psicosocial.

- Sugerimos a los investigadores que el presente informe de investigación, podrá servir como marco referencial a futuros estudios, debido a la escasez de investigaciones relacionadas a las dos variables estudiadas en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

- ♣ Altshuler LL, Hendrich V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. Journal of Clinical Psychiatry, 1998; 59: 29.
- ♣ Alberto G., Claudia M., González j. Guerra, Manuel J. Yániz, (2014) BabyCenter en:
<http://espanol.babycenter.com/a900163/depresi%C3%B3n-durante-el-embarazo#ixzz33FcFTiFo>. España
- ♣ BECK, A y otros (1983). "Terapia Cognitiva de la Depresión". España: Editorial Desclee de Brouwer S.A. 5ta [Edición](#).
- ♣ Claudio S. Climent, Doris Rodríguez, Stella Maris García, Patricia Climent, Santiago Mac Laughlin, Osvaldo A. Stoliar (2014). babysitio en:http://www.babysitio.com/embarazo/psicologia_depresion.php.España
- ♣ Carmela Rivadeneira, José Dahab , Ariel Minici, "[Depresión: Modelos Explicativos de la Ciencias del Comportamiento](#)", en [Nº 13](#) y "[Un modelo experimental de la Depresión](#)", [Nº 19](#), ambos en la presente Revista de Terapia Cognitivo Conductual. 2013.
- ♣ **Desansiedad (2014)** <http://www.desansiedad.com/>
- ♣ **Díaz M., Amato R. y Chávez J. (2013)** "Depresión y Ansiedad en Embarazadas" Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología. Venezuela.
- ♣ Domenec Benaiges Fustes (2012) La Verdadera Seducción en, <http://revista-digital.verdadera-seducion.com/depresion-severa/>
- ♣ DSM-IV (2012)
- ♣ Esther Martín, (2014) ansiedad en <http://www.webconsultas.com/ansiedad/tipos-de-depresion-292>
- ♣ Fernández, L.M., Cabaco, A.S. y Crespo (2003). Factores ambientales y embarazo: influencias físicas, psicosociales y socioculturales. Psicología y educación, 2(2), 5-14.

- ♣ Garrido J (2016) “La atención en salud mental en el Peru llega solo a 3 de cada 10”. Prensa Popular. edit. Perú 21 recuperado en: <http://peru21.pe/actualidad/atencion-salud-mental-peru-llega-solo-3-cada-10-video-2255646>.
- ♣ Grupo elembarazo (2014) <http://elembarazo.net/ansiedad-durante-el-embarazo.html> (Jarret y Rush, 1988).
- ♣ Instituto Nacional de la Salud Mental, Depresión, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2009). pág. 3.
- ♣ Instituto Nacional de la Salud Mental, Depresión, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2009). pág. 4.
- ♣ Hayes, B., Reinhold, M. y Bradley, B. (2001). Depression perinatal: a controlled trial selected at random of an intervention prenatal of the education for primiparas. Birth, 28(1), 28-35.
- ♣ Jarne A, Talarn A, Armayones M, Horta E, Requena E. Psicopatología. Editorial UOC; Barcelona, España: 2006; p. 119
- ♣ Keith Chew (2012) depresión moderada en http://www.ehowenespanol.com/significado-depresion-moderada-hechos_131191/
- ♣ Lee A, Lam S, Siu K, Sze S, Chong C, Chui H, Fong D. Prevalence, Course and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. Obstetric Gynecology 2007; 110(5):1102-12.
- ♣ **Luna M., Salinas J. y Luna A. (2009).** “Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal” (Tesis de grado). Lima - Perú.
- ♣ Madorys Díaz Salazar, Depresión y Ansiedad en Embarazadas. Venezuela (2013).pg.4
- ♣ Marcus, S.M, Barry, K.L., Flynn, H.A., Tandon, R. y Greden, F. (2001). Treatment standards for the depression in pregnancy. Journal International of Gynecology and Obstetrics, 72 (1), 61-70.
- ♣ MINSA (2011)

- ♣ March of Dimes Foundation (2014). "Complicaciones durante el Embarazo". Marchofdimes. revista una fundación sin fines de lucro, Recuperado de:
<http://nacersano.marchofdimes.com/embarazo/depresion-durante-el-embarazo.aspx>
- ♣ Muriana, E., Pettenó, L. y Verbitz, T. "Las caras de la depresión" 2007. Barcelona
- ♣ **Paccori Y., Mercado L. y Yisell D. (2012)** "Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal". Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú.
- ♣ Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill.
- ♣ Pérez J. y Merino M. (2014) Definiciones: Definición de centro de salud (<http://definicion.de/centro-de-salud/>).
- ♣ **Pimentel B. (2007)** "Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C. N. S, la Paz- Bolivia". (Tesis de grado). Bolivia.
- ♣ Rondón Marta B (2006). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud* 23(4).
- ♣ Rojas J, Albano C, Llanos M, Decanio M, Trías L. Inventario de apoyo social para embarazadas. Sociedad científica de estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Científica Estudiantil* 2009; 7(3):173-179.
- ♣ Romero R. (2015) "Salud: conoce los trastornos mentales más frecuentes en el Perú". Grupo Epena. edit. Prensmart Sac. Recuperado de: <http://diariocorreo.pe/miscelanea/los-trastornos-mentales-mas-frecuentes-en-peru-624338/>.
- ♣ Organización Mundial de la Salud. La depresión Nota descriptiva N° 369, 2012. [consultado: 2012, Octubre 14] en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>

- ♣ **Salvatierra A. (2009).** “Niveles de Depresión en Mujeres Gestantes de 15 a 19 años y 20 a 39 años que acuden al área de Obstetricia del Hospital Leoncio Prado Red Sánchez Carrión”. (Tesis de grado). La Libertad – Perú.
- ♣ **Sánchez M. (2014)** “Niveles de Ansiedad en madres de familia que reciben pensión de alimentos según procedencia familiar del Distrito de Quisqui – Huánuco 2014”. Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología. Huánuco. Universidad Nacional Hermilio Valdizan.
- ♣ Serna J. (2013) niveles de la depresión, web consultas en <http://www.webconsultas.com/depresion/tipos-de-depresion-292>
- ♣ Schmitt W. John (2014) “Depresión durante y después del embarazo”. Womenshealth. Estados unidos. Recuperado de: <http://www.womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/depresion-embarazo.html#a>
- ♣ Soto C. (2016) Salud Mental según OMS: ¿Qué es la salud mental para la OMS? recuperado en: <https://psicologosenlinea.net/1289-salud-mental-segun-la-omsque-es-la-salud-mental-para-la-oms-y-recomendaciones-para-una-mejor-salud-mental.html>.
- ♣ Valencia, J.F. (2004) Baby blues en: <http://www.todopapas.com/padres/psicologia-y-sexualidad/baby-blues-48>. España-Madrid
- ♣ Velásquez A. (1995). Ansiedad y depresión en primigestas adolescentes y añosas según la edad gestacional. Tesis de grado. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- ♣ Sánchez Ruiz, Juan José y Cano Sánchez Justo José 2000 <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual12.htm>
- ♣ Vallejo Ruiloba, Julio; Gastó, C. (1999).”Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona: Elsevier Masson.”
- ♣ Zarcovich 2005 metodología de la investigación México: Mc Graw – Hill.

ANEXOS

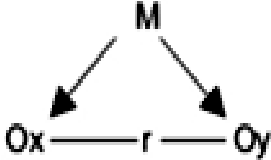
ANEXO Nº1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DE LA INVESTIGACION: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MADRES GESTANTES PRIMERIZAS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO DE HUÁNUCO – 2015.

AUTORAS: Montoya Salís, Susan América - Valencia Romero, Leyla María.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	HIPÓTESIS
<p>¿Cuál es la relación entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas atendidos en los centros de salud del distrito de Huánuco – 2015?</p>	<p align="center"><i>Objetivos Generales</i></p> <p>Determinar la relación entre la Depresión y la Ansiedad en madres gestantes primerizas atendidos en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco – Huánuco - 2015.</p> <p align="center"><i>Objetivos Específicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ψ Identificar el nivel de Depresión que más predomina en las madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco. ψ Identificar el nivel de Ansiedad que más predomina en las madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco. ψ Identificar el nivel de Depresión según edad en las madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco. ψ Identificar el nivel de Ansiedad según edad en las madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco. ψ Establecer la relación entre la Depresión y Ansiedad que presentan las madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco. 	<p>La presente investigación planteada se realiza por los diferentes cambios de emociones psicológicas que tiene una madre primeriza durante el embarazo. Así mismo los resultados obtenidos abrirán nuevos caminos para estudios que presenten situaciones similares a la que aquí se plantea, sirviendo como marco referencial a estas; y permitirá sentar las bases para otros estudios que surjan partiendo de la problemática aquí especificada. Por otro lado mediante la investigación se podrá construir posteriormente una intervención psicológica para reducir a nivel de depresión y ansiedad, pues esto es perjudicial para los neonatos en cuanto a su desarrollo dentro del vientre materno.</p>	<p>Hi: Existe una relación significativa entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud del distrito de Huánuco – Huánuco - 2015.</p> <p>H0: No existe una relación significativa entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud del distrito de Huánuco – Huánuco - 2015.</p>

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	METODOLOGÍA
V1. Depresión	Mínima depresión.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ No se siente triste. ◆ No se siente especialmente desanimado respecto al futuro. ◆ No se siente fracasado. ◆ Las cosas le satisfacen tanto como antes. ◆ No me siento especialmente culpable. ◆ No creo que esté siendo castigado. ◆ No estoy decepcionado de mí mismo. ◆ No me considero peor que cualquier otro. ◆ No lloro más de lo que solía llorar. 	<p>TECNICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observación ➤ Entrevista ➤ Encuesta ➤ Prueba piloto <p>INSTRUMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inventario de depresión del Beck. ➤ Inventario de ansiedad de Beck. 	<p>DISEÑO</p> <p>Descriptivo-Correlacional</p>  <p>Población: 30 madres gestantes primerizas.</p> <p>Muestreo: Muestreo censal no probabilístico.</p>
	Depresión leve	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Me siento triste. ◆ Me siento desanimado respecto al futuro. ◆ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. ◆ No disfruto de las cosas tanto como antes. ◆ Me siento culpable en bastantes ocasiones. ◆ Me siento como si fuese a ser castigado. ◆ Estoy decepcionado de mí mismo. ◆ Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. 		
	Depresión moderada	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. ◆ Siento que no tengo que esperar nada. ◆ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. ◆ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. ◆ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. ◆ Espero ser castigado. ◆ Me da vergüenza de mí mismo. ◆ Continualmente me culpo por mis faltas. 		

	Depresión Grave	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. ◆ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. ◆ Me siento una persona totalmente fracasada. ◆ Estoy insatisfecho o aburrido de todo. ◆ Me siento culpable constantemente. ◆ Siento que estoy siendo castigado. ◆ Me detesto. ◆ Me culpo por todo lo malo que sucede. 		
V2. Ansiedad	Ansiedad mínima.	◆ Puntajes de 0 a 7		
	Ansiedad leve	◆ Puntaje de 8 a 15		
	Ansiedad moderada	◆ Puntaje de 16 a 25		
	Ansiedad Grave	◆ Puntaje de 26 a 63		
V3. Intervinientes				
<ul style="list-style-type: none"> Ψ Edad Ψ Estado civil Ψ Grado de instrucción Ψ Factores familiares Ψ Factores personales Ψ Factores económicos Ψ Reacción de su pareja al enterarse que van a ser padres 				

ANEXO Nº 2

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Inventario de Depresión de Beck

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

Año: 2011

Administración: Individual y Colectiva.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1)

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6)

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7)

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8)

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13)

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16)

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

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

17)

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19)

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

0-13Depresión Mínima

14-19Depresión Leve.

20-28 Depresión moderada.

29-63 Depresión grave.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Inventario de Ansiedad de Beck

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

Año: 2011

Administración: Individual y Colectiva.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:					
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

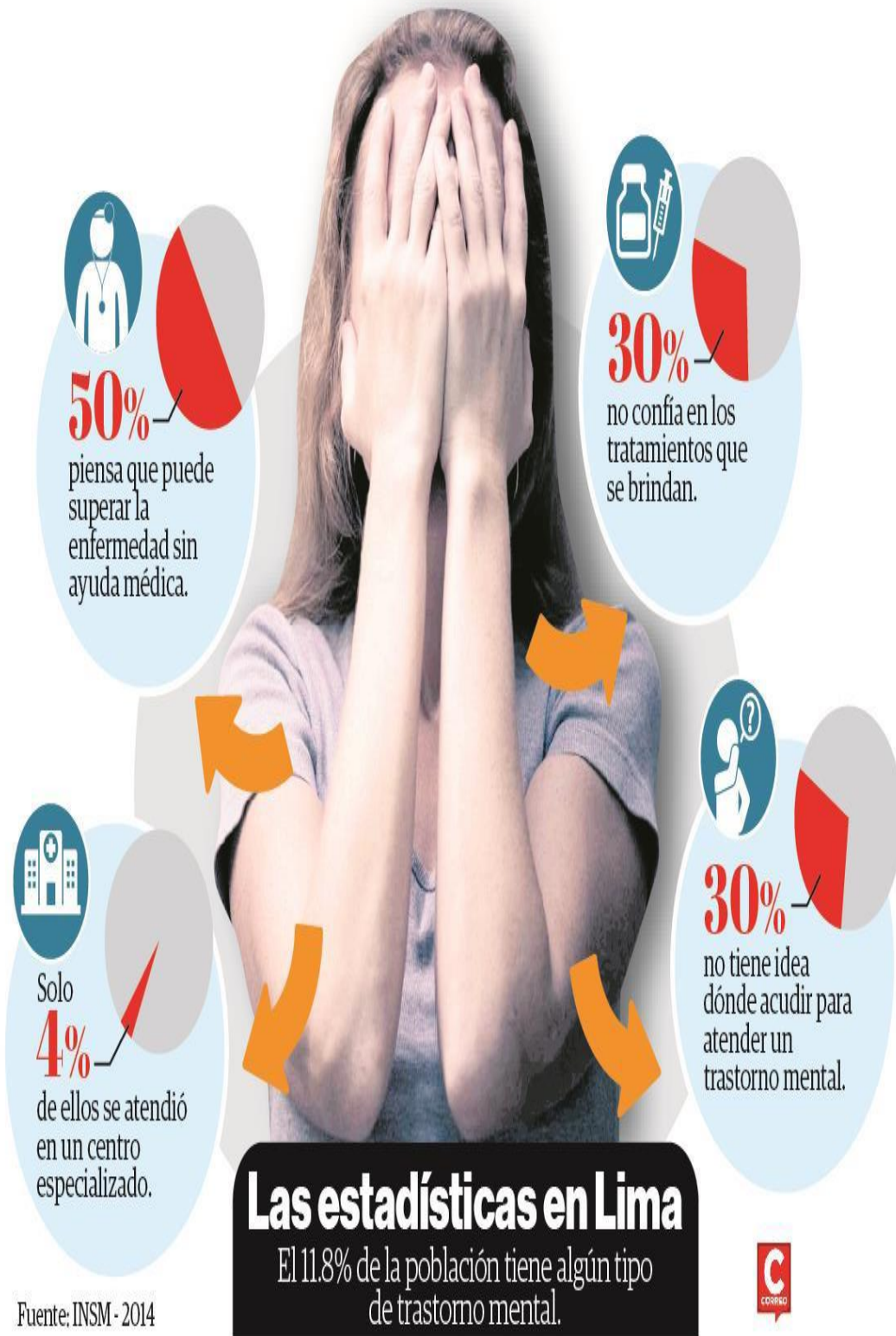
0 - 7Ansiedad Mínima

8-15 Ansiedad Leve.

16-25 Ansiedad moderada.

26-63 Ansiedad grave

ANEXO N° 3



ANEXO N° 4

Recursos humanos destinados a la salud mental en establecimientos públicos del Perú



Principales trastornos

Hay una gran variedad de trastornos mentales, pero en general se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta. En el Perú son más comunes:



Depresión

El paciente presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes y no puede afrontar la vida cotidiana.



Ansiedad

Las personas con este trastorno se preocupan extremadamente por muchas cosas y tienen problemas para relajarse y concentrarse. El simple hecho de lidiar con el día a día les causa ansiedad, dolores de cabeza y problemas para dormir.



Esquizofrenia

Es la enfermedad mental más costosa y está entre los 10 padecimientos más incapacitantes. Se caracteriza por anomalías del pensamiento, las emociones, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones y delirios.



Adicción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Esta enfermedad es progresiva y fatal, con episodios continuos de descontrol.

Diagnósticos más frecuentes

- Esquizofrenia paranoide
- Trastorno de ansiedad, no especificado
- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo, no especificado
- Episodio depresivo moderado
- Trastorno mixto de ansiedad y depresión
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de la conducta, no especificado
- Perturbación de la actividad y de la atención
- Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]

Atenciones por trastornos mentales y del comportamiento, incluida violencia

Años	Total*	Depresión	Violencia y maltrato	Psicosis	Adicciones
2009	468,623	105,283	51,833	21,768	12,092
2010	505,072	116,998	65,144	23,100	13,855
2012	533,406	123,978	67,279	24,583	17,122
2013	546,084	134,217	69,507	23,485	16,372
2014	687,700	140,783	65,974	29,846	16,837
2015	859,055	177,978	93,577	35,173	24,745

(incluye otros trastornos)*

Tamizajes realizados en salud mental de 2010 a 2015



Atenciones 2015 por trastorno:

Cantidad de personas atendidas	Porcentaje
177,978 Depresión	20.7%
93,577 Violencia y maltrato	11.3%
35,173 Psicosis	4%
24,745 Adicciones	3%
527,582 Otros trastornos mentales y del comportamiento	61%

Total (100%)
859,055

80% de casos de suicidio están asociados a la depresión.

40% de los casos de personas con problemas psiquiátricos se registra fuera de Lima, sobre todo en zonas rurales.

7 de cada 100 adolescentes que viven en Lima tienen problemas de depresión. La mayoría son mujeres. En el Callao son 12 de cada 100.

32,000 personas podrían estar sufriendo de esquizofrenia sin recibir el tratamiento adecuado.

25% de la población mundial ha sufrido de algún trastorno mental en algún momento de su vida.

859,055 peruanos fueron atendidos el año pasado en los establecimientos públicos del país por trastornos mentales.

Inversión anual por persona para la atención de salud mental en el Perú



Se han implementado 22 centros de salud mental comunitarios.

Región	Número de centros	Descripción
Lima	7	Estos centros brindan atención especializada en salud mental, dan apoyo y soporte a las redes y microrredes de los sistemas de salud.
Callao	1	
Arequipa	5	
Huancavelica	1	
La Libertad	5	
Lambayeque	1	
Moquegua	2	

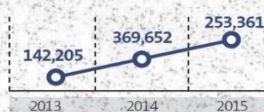
10% de ese total llega a los servicios de salud para ser tratado.

20.7% de atenciones fueron por cuadros de depresión.

2'000,000 de peruanos tendría algún problema depresivo, según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

La cuarta parte de la población adulta de Lima Metropolitana y Callao presentó alguna vez en su vida algún trastorno de salud mental, de los cuales el trastorno depresivo es el más frecuente, con un 17.3%.

Estado de la salud mental PERÚ



Atenciones en el SIS
Prestaciones realizadas a nivel nacional del 2013 al 2015

FUENTE: Ministerio de Salud / Hospital Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi / Organización Mundial de la Salud.