

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**  
**CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACION PARA TESIS A**  
**NIVEL DE PREGRADO 2017**



**Autoestima y depresión post parto: Estudio correlacional en puérperas  
adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo  
julio - diciembre 2017**

**Tesis para optar el título profesional de Obstetra**

**AUTOR:**

**Ana Rosa Túllume Honorio**

**ASESOR:**

**Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico**

**Tarapoto - Perú**

**2020**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**  
**CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A**  
**NIVEL DE PREGRADO 2017**



Autoestima y depresión post parto: Estudio correlacional en púerperas  
adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo  
julio - diciembre 2017

**Tesis para optar el título profesional de Obstetra**

**AUTOR :**

**Ana Rosa Túllume Honorio**

**ASESOR :**

**Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico**

**Tarapoto - Perú**

**2020**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**

**CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A**

**NIVEL DE PREGRADO 2017**



**Autoestima y depresión post parto: Estudio correlacional en puérperas  
adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo  
julio – diciembre 2017**

**Tesis para optar el título profesional de Obstetra**

**AUTOR:**

**Ana Rosa Túllume Honorio**

**ASESOR:**

**Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico**

**Tarapoto – Perú**

**2020**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**  
**CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A**  
**NIVEL DE PREGRADO 2017**



**Autoestima y depresión post parto: Estudio correlacional en puérperas  
adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo  
julio – diciembre 2017**

**AUTOR:**

**Ana Rosa Túllume Honorio**

**Sustentada y aprobada el día 13 de enero del 2020, por los siguientes jurados:**

.....  
**Obsta. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado**

**Presidente**

.....  
**Obsta. Mg. Hilda Gonzalez Navarro**

**Secretaria**

.....  
**Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales**

**Miembro**


## Constancia de asesoramiento

El que suscribe **Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico**, por el presente documento, hace

### CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado: **Autoestima y depresión post parto: Estudio correlacional en puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo julio – diciembre 2017**, elaborado por la Bachiller en Obstetricia **Ana Rosa Túllume Honorio**, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 13 de enero del 2020.



.....  
**Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico**  
Asesor

## Declaratoria de autenticidad

**Ana Rosa Túllume Honorio** con DNI N° 73208473, egresada de la Facultad Ciencias de la Salud; Escuela Profesional de Obstetricia, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la tesis titulada: **Autoestima y depresión post parto: Estudio correlacional en puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo julio – diciembre 2017.**

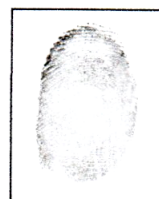
Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 13 de enero del 2020.

  
.....  
**Bach. Ana Rosa Túllume Honorio**



DNI N° 73208473

**Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.**

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres:	TULLUME HONORIO ANA ROSA	
Código de alumno :	73208473	Teléfono: 954447073
Correo electrónico :	Tullumehonorioanarosa@gmail.com DNI: 73208473	

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de:	CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de:	OBSTETRICIA

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título:	AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN POST PARTO: ESTUDIO CORRELACIONAL EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MORALES PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2017
Año de publicación:	2020

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:


**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



### 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

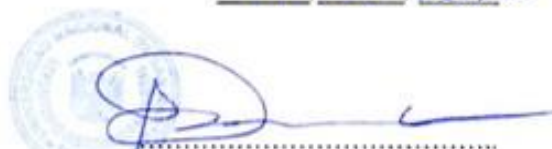


Firma del Autor

### 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento:

11 / 03 / 2020



Firma del Responsable de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

## **Dedicatoria**

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

**Ana**

## **Agradecimiento**

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

Al Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Iberico asesor de la investigación por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Un agradecimiento especial a la Oficina de Investigación de la UNSM-T, por el financiamiento y seguimiento en la ejecución del presente trabajo de investigación y también a su plana directiva.

Al personal de salud, en especial a los profesionales Obstetras del Centro de Salud Morales, que contribuyeron en la obtención de los datos de la investigación y me brindaron las facilidades para la ejecución de mi tesis.

Igualmente un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

**El autor.**

## Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tablas.....	ix
Índice de gráficos.....	x
Resumen.....	xi
Abstract .....	xii
 Título .....	 1
 I INTRODUCCIÓN.....	 1
1.1 Marco Conceptual.....	1
1.2 Antecedentes.....	4
1.3 Bases Teóricas.....	9
1.4 Justificación.....	26
1.5 Problema.....	27
 II OBJETIVOS.....	 28
2.1 Objetivo General.....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
2.3. Hipótesis de Investigación.....	28
2.4. Operacionalización de variables.....	29
 III MATERIALES Y MÉTODOS.....	 31
 IV RESULTADOS.....	 35
 V DISCUSIÓN.....	 38
 VI CONCLUSIONES.....	 42
 VII RECOMENDACIONES.....	 43
 VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 44
 IX ANEXOS.....	 49

## Índice de tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Características sociodemográficas de las puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales con algún grado de depresión.	35
2	Autoestima y depresión posparto : Estudio correlacional en puérperas adolescentes atendidas en el centro de salud morales periodo Julio-Dicimbre 2017	37

## Índice de gráficos

Gráfico	Título	Pág.
1	Grado de autoestima en las puérperas adolescentes	36
2	Nivel de depresión posparto en puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales.	36

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la Autoestima y la depresión posparto de las puérperas adolescentes atendidas en el centro de salud morales periodo Julio- Diciembre 2017”, la investigación fue no experimental, cuantitativa descriptiva, de corte transversal, correlacional, la población y muestra fue 100 adolescentes puerperas. La técnica fue la encuesta y como instrumento el cuestionario tipo test Rosenberg. Resultados, las puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales, se caracterizan predominantemente por tener edades entre 18 a 19 años (63,0%), ser convivientes (61,0%), nivel de secundaria incompleta (35,0%) y tener ocupación ama de casa (65,0%). Las puérperas adolescentes en su mayoría tienen un nivel de autoestima media 47,0% con tendencia a baja 33,0%. Las puérperas adolescentes en su mayoría presentan depresión leve con 61,0% con tendencia a moderada con 37,0% y, el nivel de depresión severa solo fue 2,0%. En conclusión existe relación directa entre el nivel de autoestima y el grado de depresión posparto, por tener un  $p$  valor = 0,001 ( $p < 0,05$ ).

**Palabras clave:** Autoestima, depresión posparto, puérpera.

## Abstract

The objective of this study was to "Determine the relationship between Self-Esteem and postpartum depression of adolescent women treated at the July-December 2017 moral health center", the research was non-experimental, quantitative descriptive, cross-sectional, correlational, the population and sample was 100 teenage puerperal. The technique was the survey and as an instrument the questionnaire test type Rosenberg. Results, the adolescent puerperal women attended in the Morales Health Center with some degree of depression, are predominantly characterized by being between 18 and 19 years old (63.0%), being cohabiting (61.0%), incomplete secondary level (35.0%) and have a housewife occupation (65.0%). The teenage puerperal women according to the degree of self-esteem have an average level of self-esteem 47.0% with a tendency to high 33.0%. The adolescent puerperal women mostly present with mild depression with 61.0% with a tendency to moderate with 37.0% and, the level of severe depression was 2.0%. In conclusion, the adolescent puerperal women in 31.0% are located at a level of medium self-esteem and level of moderate depression; In addition, 18.0% with high self-esteem is at the level of severe depression. There is a relationship between both variables because they have a p value = 0.001 ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** self-esteem, postpartum depression, puerperal.





## **TITULO:**

Autoestima y depresión post parto: Estudio correlacional en puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo julio – diciembre 2017.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Marco Conceptual**

El embarazo en la adolescencia constituye una de las principales preocupaciones derivadas de la conducta sexual de los jóvenes; tales como la mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la desinformación y el uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos, lo que determina un aumento en el riesgo de que los adolescentes adquieran enfermedades de transmisión sexual o tengan embarazos no deseados, abortos o partos. Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. El 10% de los partos es en adolescentes. La mortalidad materna es 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años. Hay 4.4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo, lo cual hace que una de cada tres hospitalizaciones sea por complicaciones de aborto; y cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva (1).

El embarazo en adolescente representa un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud moderna, sino porque están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre-hijo. Se describe como complicaciones obstétricas más frecuentes la preeclampsia/eclampsia, el parto prematuro, anemia, desproporción cefalopélvica, partos prolongados, aumento de la morbilidad infantil y muerte. Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de las madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer, nacimiento prematuro, muerte fetal, mortalidad perinatal (1).

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que

se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo (1).

Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión (2).

Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto. Un cuadro depresivo postparto, aparece en el 10-15% de los partos a término. Su inicio ocurre generalmente las 6 primeras semanas después del parto y se caracteriza por tristeza, con ansiedad intensa y preocupación excesiva por la salud y alimentación del recién nacido. La madre se siente incapaz de atender al recién nacido y aparecen cansancio, irritabilidad, insomnio, anorexia y pérdida de libido (2).

La depresión postparto (DPP), se reconoce desde hace tiempo como un aspecto a contemplar dentro de un embarazo normal, y se habla abiertamente de la misma, siendo comprendida tanto por la comunidad médica como por el público en general. Se calcula que entre un 50 a un 80% de las madres que dan a luz pueden sufrirla en un grado suave, mientras que un 10% sufren de depresión postparto severa, de mayor duración y síntomas más grandes. La causa de ambas se atribuye a los cambios hormonales, y familiares y médicos están alerta para poder descubrir los síntomas y apoyar a las madres (3).

Feidhmeannacht S, señala que la depresión posparto se sitúa en un punto intermedio entre la tristeza puerperal y la psicosis puerperal, tanto en gravedad como en incidencia. Afecta a una de cada seis madres, aunque según algunos expertos podrían ser más. A menudo es algún familiar o amigo el/la que se da cuenta de que algo no va bien, antes incluso que la propia madre. La causa exacta de la depresión posparto no está clara. No obstante, las investigaciones realizadas y los profesionales

especializados en esta rama de la medicina apuntan que hay una serie de factores que contribuyen a su desarrollo. Entre ellos se incluyen al embarazo no deseado, ya que al tratarse de una gestación no planificada crea un ambiente de incertidumbre para la madre que muchas veces también se ve influenciado por la pareja, esto da lugar a que la madre adopte conductas inapropiadas, donde atenta contra ella, su hijo, pareja y entorno (3).

Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en la etapa postparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países. Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad (3).

A diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión postparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional. La enfermedad suele acompañarse de un monto considerable de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Los factores de riesgo más importantes para depresión postparto son: historia de depresión, conflictos maritales, eventos vitales estresantes, percepción de falta de redes de apoyo durante el embarazo, falta de soporte emocional y económico de la pareja durante el embarazo, madre soltera, bajo nivel socioeconómico (Wilson, 1996) (4).

Las mujeres con depresión postparto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha identificado que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de ésta. parecidos al trastorno depresivo mayor. Por otro lado, una mujer con trastornos psiquiátricos preexistentes puede tener una exacerbación de sus síntomas en el puerperio. Más aún, cualquier enfermedad psiquiátrica puede manifestarse por primera vez durante el puerperio, tales como el

trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos ansiosos, el trastorno de pánico, y el trastorno obsesivo compulsivo (4).

Aunque la depresión post-parto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este problema. Así, la incidencia de la depresión post-parto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20%), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 %. La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar desde el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses (4).

Hoy en día en el Centro de Salud de Morales- Tarapoto se presentan muchos casos de adolescentes embarazadas con autoestima baja, reflejado en su estado de ánimo conllevando a muchas de ellos a estados de depresión con embarazos complicados, lo cual afecta tanto a su salud y al producto de la gestación. Así mismo en este establecimiento se encuentra un buen número de adolescentes embarazadas (25%), según el reporte del área de estadística del Hospital MINSA II- Tarapoto, lo cual hace más factible aplicar nuestro instrumento en dicho Hospital y nos permitirá saber con más exactitud los daños que está generando la autoestima en la depresión en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II- Tarapoto.

## 1.2. Antecedentes

**Bustos S, Jiménez N. (2013)**, en su estudio “Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria 2013”, Chile, Arica – Chile, estudio que corresponde a un diseño no experimental correlacional, trabajaron con una la población de 112 mujeres. En sus resultados muestran la incidencia de un grupo de variables Socio demográficas y satisfacción con la pareja en el desarrollo de la DPP, los que tuvieron embarazos no deseados mostraron mayores puntuaciones en la escala de DPP. En cuanto al nivel socioeconómico y la edad no arrojó resultados significativos con la depresión post parto (5).

**González R, García L. (2013)**, en su estudio “Depresión posparto y factores asociados en Población derechohabiente. 2013”, Mérida – México, con el objetivo de identificar la prevalencia, síntomas más frecuentes y factores asociados a la depresión posparto en

pacientes de la Clínica de Medicina Familiar "Mérida" del ISSSTE en Yucatán. En el grupo estudiado se observa que (72.5%), pacientes se encuentran entre los 26 a 35 años, 18 (15 %) de 36 a 45 años, 15 (12.5 %) de 16 a 25 años las más jóvenes. La media fue de 22 años. El 90% reportaron ser casadas. Los resultados que mostraron fue la prevalencia de depresión posparto fue de 20%, de ellas el 50% fueron primigestas. Los síntomas más frecuentes reportados fueron el sentimiento de desaliento, sentimiento de culpa, irritabilidad, temor y tristeza (6).

**Jadresic E. (2010)**, realizó un estudio titulado “Depresión en el embarazo y el puerperio”. Santiago de Chile. Cuyos resultados fueron que un tercio de las mujeres chilenas presenta síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, mientras que la prevalencia en el posparto supera el 40%. Si se utilizan criterios operacionales estrictos, se encuentra que una de cada diez embarazadas/puérperas está deprimida. Se ha visto que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asocia a retraso en el desarrollo de sus niño(a)s y aun riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. La depresión posparto se asocia a coeficientes intelectuales más bajos en la preadolescencia, y a conductas violentas (7).

**Molero L, Urdaneta R, Zanabria C, Zambrano N, Contreras A, Azuaje E, et al. (2012)**, en su investigación “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas”, en San Francisco - Venezuela, atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo" las que fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS), en cuanto a los resultados las madres adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ( $p < 0,001$ ), indicativo de un menor riesgo de presentar DPP, realizándose el diagnóstico presuntivo de esta entidad de 4% en puérperas adolescentes y 72% de las adultas, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV determinó una prevalencia de 2% y 38%, respectivamente. En términos generales, se encontró una prevalencia de puérperas deprimidas del 20%, cifra sorprendentemente alta para un país como Venezuela donde existe un subregistro de esta patología, puesto que no se pesquisa de forma sistemática (8).

**Miranda K. (2017)**, Realizó un estudio sobre “Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis

Negreiros Vega en enero 2017”, Perú, cuyos resultados fueron que la prevalencia de depresión posparto fue 27.4% y de disfunción familiar fue 70%, siendo más frecuente el tipo leve (44.4%). La asociación entre las variables disfuncionalidad familiar y depresión posparto resultó significativa ( $p < 0.001$ ) y el odds ratio calculado para cualquier grado de disfunción familiar fue 9.51 (IC 95%:2.13-42.50) (9).

**Young C. (2017)**, realizó un estudio sobre “Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, Lima, Perú, Se incluyó 209 puérperas, de las cuales 26.32% presentó tamizaje positivo para depresión posparto. Se encontró asociación estadística con el estado civil (solteras/separadas y convivientes), hijos previos, abortos previos, menos de 6 controles prenatales, episodio previo depresivo antes y durante la gestación, discusión con la pareja durante la gestación y violencia cometida por la pareja antes y durante la gestación. Se encontró ideación suicida en el 52.72% de la población con tamizaje positivo (10).

**Piscoya Y. (2016)**, realizó un estudio sobre “Asociación entre indicadores de privación socio - afectiva y la depresión posparto en puérperas. Hospital Nacional Docente “San Bartolomé”. Lima Perú, los indicadores de privación social como no terminar los estudios secundarios ( $p=0.000$ ), dificultad para atenderse en el establecimiento de salud ( $p=0.036$ ), ausencia de la familia en el posparto ( $p=0.006$ ) y falta de apoyo económico de la pareja ( $p=0.036$ ) se asociaron a la depresión pos parto en puérperas. Los indicadores de privación afectiva como no vivir con los padres ( $p=0.010$ ), no recibir apoyo emocional de sus padres ( $p=0.000$ ), que actualmente familiares y amigos no le brinden apoyo emocional ( $p=0.000$ ), y mantener una mala relación con su familia ( $p=0.000$ ) se asociaron a la depresión pos parto en puérperas (11).

**Pinedo R. (2012)**, realizó un estudio sobre “Factores Psicosociales Asociados y Detección de Depresión Posparto Usando la Escala de Edimburgo en Madres Adolescentes, Tacna- Perú”. Cuyos resultados fueron que la incidencia de madres adolescentes fue 14,17%. La incidencia de DPP usando la EPDS en madres adolescentes fue 51,1%. La incidencia de ideas de auto-daño fue de 22,2% en aquellas con DPP y 4,7% en las que no presentaron depresión; esto nos indica que hay 1,8 veces más riesgo que una madre adolescente con DPP tenga ideas de auto-daño que una sin

depresión. Los factores psicosociales que tuvieron asociación a DPP fueron estado civil, grado de instrucción y el entorno de convivencia familiar de la madre. La edad de la pareja, paridad, nivel socioeconómico, relación con la pareja y embarazo no planificado, no demostraron ser factores de riesgo (12).

**Quispe S. (2014)**, realizó un estudio titulado “Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a marzo del 2014”. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, diseño descriptivo, con 150 pacientes. Cuyos resultados fueron que en nuestro estudio el 17.3 % sufrió violencia física, 52.7% violencia psicológica, tocamientos indebidos el 6%, violación sexual el 4% y el 24.7% trabajo durante su gestación. El 25.3% sufrió de Depresión leve, 12.7% de Depresión moderada y el 2.7% de Depresión severa. Nuestra tasa de prevalencia total de depresión fue de 40.7%. Se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre la violencia física intrafamiliar y la depresión severa ( $p=0.003$ ). Además se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre los tocamientos inapropiados durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión moderada ( $p=0.003$ ). Y por último se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre violación sexual intrafamiliar y la depresión severa ( $p=0.030$ ) (13).

**Sulca K. (2014)**, realizó un estudio sobre “Violencia Intrafamiliar en Adolescentes y su Relación con la Depresión Postparto. 2014”, Lima – Perú, estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en 150 púerperas adolescentes hospitalizadas, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el instrumento que utilizo es la Escala de Depresión de Zung (EZ-D), los resultados que encontró son: el 25.3% sufrió Depresión leve, 12.7% Depresión moderada y el 2.7% Depresión severa. La prevalencia total de depresión fue de 40.7%; con relación estadísticamente. significativa entre la violencia física durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión severa ( $p=0.003$ ) (14).

**Cáceres N. (2013)**, realizó un estudio sobre "Niveles de autoestima en adolescentes embarazadas", Lima-Perú. Cuyos resultados fueron que la muestra correspondía a 169 adolescentes embarazadas (97 de 17 años y 72 de 15 años) de diferentes colegios, arrojando sus resultados un porcentaje de 1.18% en el nivel bajo, un 28.4% en el nivel

medio bajo, 60.36% en el nivel medio alto y 10.6% en el nivel alto. Además los varones incrementan ligeramente sobre la autoestima de las mujeres de la muestra estudiada (15).

**Navarro V. (2013)**, realizó un estudio sobre "Niveles de autoestima de los alumnos del 5to y 6to grado de educación primaria del Colegio Nacional 006 - Micaela Bastidas del Distrito de Breña en la ciudad de Lima Perú, se trabajó con una muestra de 120 alumnos entre hombres y mujeres distribuidos en 5to y 6to grado. Se utilizó el inventario de autoestima forma escolar Stanley Coopersmith arribando a las siguientes conclusiones: Los alumnos del 5to grado obtuvieron un porcentaje de 62% en el nivel bajo y un 38% en el nivel alto. Por otro lado los alumnos del 6to grado obtuvieron un 66% en el nivel bajo y un 34% en el nivel alto (16).

**Vásquez E, Sangama R. (2012)**, en su estudio "Relación entre Características Sociodemográficas y Riesgo de Depresión Posparto en Puérperas que consultan en la Clínica Corpomedic Tarapoto. 2012", reportan que no existe una asociación significativa entre el riesgo de depresión posparto y las características socio demográficas: edad, estado civil, ocupación, paridad, número de hijos vivos, nivel educacional y nivel de ingreso, en las puérperas. Reportaron un mayor riesgo de depresión posparto en el 66,7% de las puérperas. Otros resultados refieren que: Un 73,3% de jóvenes entre los 20 a 30 años de edad, 80% estaban acompañadas por su pareja, ya sea por unión estable o por encontrarse casadas. El 36,7% de ellas fueron amas de casa y 50% primíparas; en relación a la paridad el 46,7% refirió tener un solo hijo. El 30% de las puérperas poseían estudios de secundaria completa y 40% tuvo ingresos entre 501 a 750 nuevos soles. El 60% manifestó que su embarazo fue deseado y planeado por la pareja y el 56,7% refirieron parto por cesárea (17).

**Vera J, Centurión D. (2016)**, en su estudio, "Influencia de las características socio-demográficas en la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Septiembre 2015 – enero 2016", San Martín Perú. Los resultados fueron: 37% de usuarias de EsSalud fluctúan entre 31 a 40 años y el 33,7% entre 26 a 30 años del MINSA; el 74,1% y 72,6% son convivientes; el 59,3% y 64,2% son ama de casa; el 31,5% y el 30,5% tienen secundaria completa. Según ingreso económico familiar mensual el 48,1% es > 1,600 soles y 58,9% entre 501 a 800;



principal aportador el cónyuge 70,4% vs 64,3% respectivamente. El 44,4% y el 40,3% residen en Tarapoto; el 77,8% y el 85,2% tienen vivienda propia; el 92,6% y 91,3% reciben apoyo de familiares para el cuidado de su salud y de su bebé. El tipo de familia que componen es nuclear 92,6% vs 90,5%. El 14,8% y 12,6% fueron violentadas por el cónyuge 91,7%. La violencia sexual fue la más frecuente 62,5% y 41,7%. La proporción de depresión post-parto es 44,4% (24) en EsSalud y 58,9% (56) en MINSA. Las características sociales: grado de instrucción de la pareja ( $p = 0,0360000$ ) y ocupación de la pareja ( $p = 0,0180000$ ), influyen significativamente en la presencia de depresión postparto en las puérperas atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto (18).

**Sandoval S, Lozano M. (2011)**, realizó un estudio titulado “Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E N 0031 María Ulises Dávila Pinedo. San Martín Perú”. Cuyos resultados fueron que con respecto al nivel de autoestima se concluye que la mayoría de los estudiantes (64.5%) no alcanzan un óptimo nivel de autoestima. Pues el 50.4% de estos tiene un nivel de autoestima Media, y el 14.1% de los alumnos tienen autoestima Baja, lo que significa que del 100% sólo el 35.6% tiene autoestima elevada. Con respecto al nivel de rendimiento académico se concluye que la mayoría de los estudiantes (91.1%) no alcanzan un óptimo nivel de rendimiento. De estos alumnos el 30.4% tienen nivel medio, es decir las notas del primer y segundo trimestres están entre 13 – 14, promedios considerados en cierto modo como buenos. Queda demostrado que la violencia familiar está presente en la mayoría de los estudiantes del 1er y 2do de secundaria de la I.E N° 0031 María Ulises Dávila pinedo, con un porcentaje de 63% de la población estudiada. Así mismo se demostró que si existe relación entre las variables nivel de autoestima y rendimiento académico medio con la variable violencia familiar. (19).

### **1.3. Bases teóricas**

#### **Embarazo adolescente**

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social. Dichos cambios no acontecen de manera simultánea, siendo la capacidad reproductiva el primer evento que se produce. Son funciones de la edad adulta, la maternidad y la paternidad, independientemente de

cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en una cultura determinada. Como resultado de esta asincronía en la maduración de las diferentes esferas (biológica, psíquica y social), una adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber cumplido todavía las tareas del adolescente para llegar a la adultez.

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros (16).

Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más. Asimismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo (16).

Algunos organismos internacionales como la UNICEF, señala que entre el 20 y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años, del 30 al 67% han tenido su primer parto. En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente (16).

## **Consecuencias del embarazo en adolescente**

### **Consecuencias biológicas**

Además de las complicaciones ya mencionadas anteriormente, es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas,

situación que es muy frecuente (17). Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras. Aparte de las consecuencias biológicas existen otros elementos que se ven afectados en un embarazo en adolescente, como, por ejemplo, los aspectos emocionales, sociales y económicos. La noticia del embarazo tiene impacto en la joven, en el padre del bebé, quién generalmente también es adolescente, en la familia de ambos y en la comunidad en donde se encuentran inmersos. La actitud de las adolescentes generalmente depende de la etapa de la adolescencia que estén atravesando, del significado que ese/a hijo/a tenga para ella, del origen del embarazo y de cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse (17).

### **Consecuencias psicosociales**

A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. En estos casos, lo ideal es que sean atendidas por personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda acompañarlas y contenerlas y que les explique de manera clara y concreta todo el proceso por el que están pasando, para reducir el estrés de la embarazada. Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada (17).

Generalmente en este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten ¡a mí no me va a pasar!, condiciones todas que dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inmediata como un juego. Sin embargo, los problemas aparecen después, cuando tienen que hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo. En estos casos, al igual que en el anterior, el soporte familiar con el que cuenten, así como el trabajo de los equipos de salud que las acompañen fungirán, si son positivos, como factores protectores (17).

En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan generalmente son de orden biológico, como desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas económicos.

En el nivel suburbano las consecuencias son deserción escolar, económicos, uniones conyugales inestables que presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. A nivel urbano popular, el embarazo en una adolescente es considerado como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar. En el nivel medio-medio y medio-alto, la problemática que el embarazo en adolescentes presenta esta mediada principalmente por las aspiraciones que tienen los jefes de familia de este nivel a lograr que sus hijos terminen la universidad, así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida (17). Por lo tanto, cuando éste ocurre, tiene un significado de accidente y generalmente termina en abortos inducidos, algunas veces sin claro consentimiento de la adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familia. En la mayoría de los casos, independientemente del nivel social del que proceda la adolescente embarazada, la asistencia al control prenatal se inicia cuando la situación del entorno familiar empieza a estabilizarse, lo que generalmente ocurre de la mitad del embarazo hacia adelante (17).

El que la adolescente reciba tardíamente una adecuada atención médica, es un factor que agrava aún más, la condición de riesgo durante la gestación, la cual en sí misma ya se encuentra comprometida. Por otro lado, a nivel individual, para la adolescente el embarazo puede significar varias cosas: comprobar su fertilidad; considerar a ese hijo como algo que le pertenece, que la va querer y a quien va a querer como ella misma no fue querida; como una salida a una situación que ya no tolera, que puede ser un ambiente de abuso de cualquier tipo o la expresión de una condición no resuelta, como por ejemplo la muerte de alguno de los padres o su divorcio o como una salida hacia la vida cuando la adolescente presenta enfermedades crónicas (17). Sea cual fuere la situación individual o grupo social al que pertenece la joven, un embarazo en la adolescencia implica repercusiones biológicas, sociales, económicas y psicológicas que

clasifican la situación como de muy alto riesgo. Esto amerita que sea visualizado desde una perspectiva integral, considerando a la familia, a la sociedad, los medios de comunicación, el sector salud y educativo, entre otros (17).

### **Puerperio**

El término puerperio (puer=niño y parere=producir) se refiere al periodo de seis semanas que transcurre desde que termina el trabajo de parto, mientras los órganos de la reproducción regresan al estado normal. Incluye los cambios progresivos de los senos para la lactancia como la involución de los órganos internos de la reproducción. Los cambios que la involución produce son procesos fisiológicos normales; sin embargo, ésta no se produce en otras circunstancias sin que afecte el estado de salud en general. Por este motivo, la calidad de los cuidados para la madre en esta etapa es importante para asegurar su bienestar emocional y su salud futura y se reconoce por:

- La involución de las modificaciones anatómicas fisiológicas que se producen durante el embarazo y el parto.
- La instauración de la secreción láctea.
- El reajuste psicológico de la madre.
- El establecimiento de la relación padres-hijo.

En el postparto la mujer experimenta muchos cambios en el cuerpo, aunque son tan normales, no por ello dejan de ser estados fisiológicos y psicológicos potencialmente peligrosos. La valoración y el cuidado del postparto incluyen tanto un enfoque fisiológico como psicológico.

El postparto se divide en:

- Puerperio inmediato: comprendido en las primeras 24 horas.
- Puerperio propiamente dicho o clínico: hasta el 7° día.
- Puerperio tardío: desde el octavo día hasta la primera menstruación.

Las modificaciones anatómicas suelen volver a la normalidad hacia el final de la sexta semana del postparto, en especial el aparato genital. Se considera que la fisiología reproductiva de la mujer se normaliza con la aparición de las primeras menstruaciones (18).

## **Autoestima**

### **Etimológicamente.**

Es un cultismo formado por el prefijo griego auto (autos = por sí mismo) y la palabra latina estimare (Evaluar, valora trazar) Autoestima es la manera que nos valoramos a Nosotros mismos. Con el nuevo paradigma es el punto inicial o sea las suposiciones, conceptos, valores y previa experiencia con lo que nos miramos a nosotros mismos, lo que creemos que somos, lo que queremos ser (20).

### **Concepto.**

La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. “Esto nos indica la forma que la persona se ve a sí misma, lo que piensa de ella, cómo reacciona ante sí. Es una predisposición a experimentarse como competente para afrontar los diferentes desafíos de la vida y como merecedor de felicidad.

La autoestima es la percepción personal que tiene un individuo sobre sus propios méritos y actitudes”. Dicho de otra manera, es el concepto que tenemos de nuestra valía personal y nuestra capacidad. Autoestima es la valoración que uno tiene de sí mismo que se desarrolla gradualmente desde el nacimiento, en función a la seguridad, cariño, aliento o desaliento que la persona recibe de su entorno, y que está relacionada con el sentirse amado, capaz y valorado (20).

### **Importancia de la Autoestima.**

La autoestima es importante en todas las épocas de la vida, pero lo es de manera especial en la época formativa de la infancia y de la adolescencia, en el hogar y en el aula, porque:

- Condiciona el aprendizaje. Alumnos que tiene una auto imagen positiva de sí mismo se hallan en mejor disposición para aprender.
- Facilita la superación de las dificultades personales. Una persona con autoestima alta, se siente con mayor capacidad para enfrentar los fracasos y los problemas que se le presentan.
- Apoya la creatividad; una persona puede trabajar para crear algo si confía en sí mismo.

- Determina la autonomía personal, si la persona tiene confianza en sí mismo, podrá tomar sus propias decisiones.
- Posibilita una relación social saludable; la persona que se siente segura de sí misma, puede relacionarse mejor.
- Es la clave del éxito o del fracaso para comprendernos y comprender a los demás, es requisito para una vida plena.
- Es la suma de confianza y el respeto por uno mismo.
- Es sentirse apto, capaz y valioso para resolver los problemas cotidianos (20).

### **Niveles de Autoestima.**

La autoestima puede presentarse en tres niveles: alta, media o baja, que se evidencia porque las personas experimentan las mismas situaciones en forma notablemente diferente, dado que cuentan con expectativas diferentes sobre el futuro y las relaciones afectivas. Estos niveles se diferencian entre sí dado que caracteriza el comportamiento de los individuos, por ello, las personas con autoestima alta son activas, expresivas, con éxitos sociales y académicos, son líderes, no rehúsen al desacuerdo y se interesan por asuntos públicos (21).

#### **Autoestima Alta**

Son personas expresivas, asertivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, consideran su trabajo de alta calidad y se mantienen altas expectativas con respecto a trabajos futuros, manejan la creatividad, se auto respetan y se sienten orgullosos, caminan hacia metas realistas (21).

#### **Autoestima Media**

Son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus expectativas y competencias que las anteriores (21).

#### **Autoestima Baja**

Son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse, defenderse, se sienten débiles para vencer sus deficiencias, tienen miedo de provocar enfado de los demás, su actitud hacia si mismo es negativa, carecen de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades.

## **Dimensiones de la Autoestima**

### **Física**

Se requiere en ambos sexos, al hecho de sentirse atractivo físicamente. Incluye en los niños, al sentirse fuerte y capaz de defenderse y en las niñas, sentirse armoniosa y coordinada.

### **Social**

Incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir el sentirse parte de un grupo. También se relaciona con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales.

### **Afectiva**

Se refiere a la autopercepción de características de personalidad, como sentirse: simpático, estable o inestable, valiente o temeroso, tranquilo o inquieto, generoso o tacaño, equilibrado o desequilibrado.

### **Autoestima en el adolescente.**

Una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer un adolescente. Un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue. Y, lo que, es más, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria (21).

### **Adolescente con autoestima adecuada**

#### **1. Actuará independientemente**

Elige y decide como emplear su tiempo, su dinero, sus ocupaciones. Busca amigos y entretenimientos por sí solo/a (21).



## **2. Asumirá sus responsabilidades**

Actúa con seguridad de sí mismo/a, sin que haya que pedírselo y asume la responsabilidad de ciertas tareas o necesidades evidentes (lavar platos, consolar a un amigo, etc.) (21).

## **3. Afrontará nuevos retos con entusiasmo y estará orgulloso de sus logros**

Le interesan las tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que aprender y poner en práctica; o se lanza a ellas con seguridad (21).

## **4. Demostrará amplitud de emociones y sentimientos**

De forma espontánea sabe reír, sonreír, gritar, llorar y expresar su afecto y, en general, sabe pasar por distintas emociones sin reprimirse ni ocultarse (21).

## **5. Tolerará bien la frustración**

Si algo sale mal, sabe encarar esta situación de distintas maneras, esperando, riéndose de sí mismo, replicando, etc. y es capaz de hablar de lo que le entristece (21).

## **6. Se sentirá capaz de influir en otros**

Tiene confianza en las impresiones y en el efecto que el o ella produce sobre los/as demás miembros de la familia, amigos, profesores, etcétera (21).

## **Medición de la Autoestima**

Para determinar la primera variable “Autoestima”. se utilizará el Test de Rosenberg: Que consta de 10 preguntas cerradas, modificado de acuerdo a la edad de los integrantes de la población, cuya interpretación es:

De los ítems 1 a 5 las respuestas de A hasta D se puntúan de 4 a 1

De los ítems 6 al 10 las respuestas de A hasta D se puntúan de 1 a 4.

### **Puntuación:**

Autoestima Alta: De 30 a 40 puntos

Autoestima Media: De 26 a 29 puntos

Autoestima Baja: Menos de 26 puntos (19).

## **Depresión**

La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con pérdida de ánimo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. Aun cuando la depresión es causa de incapacidad para hombres y mujeres, la carga de la depresión es un 50% mayor en las mujeres (22). La investigación en los países en vías de desarrollo sugiere que la depresión en las madres puede ser un factor de riesgo para retraso del crecimiento en los niños pequeños. Este factor de riesgo puede significar que la salud mental materna en los países de bajos ingresos puede tener influencia importante en el crecimiento durante la niñez, afectando de este modo la depresión no solo a la generación actual sino también a la siguiente (22).

### **Clasificación de la depresión:**

Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los episodios afectivos son: (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco). Estos episodios sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (23).

Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores. Otros trastornos del estado de ánimo: El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, el trastorno del estado de ánimo no especificado: trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado

(p. ej., una agitación aguda). Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual (o el más reciente) (p. ej., grave/psicótico/en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto) (23).

Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente: describen el curso de los episodios afectivos recidivantes (p. ej., especificaciones de curso, con patrón estacional, con ciclos rápidos). Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (para un episodio depresivo mayor, para un episodio maníaco; para un episodio mixto, crónico con síntomas catatónicos con síntomas melancólicos con síntomas atípicos de inicio en el posparto) (23).

### **Niveles de depresión**

Según su intensidad, los trastornos depresivos se pueden clasificar como: leves (Depresión Menor) y graves (Depresión Mayor).

**Depresión Leve.** La depresión leve puede ser caracterizada respecto de que el paciente obtenga puntuaciones más bajas en las escalas estandarizadas de depresión, con breve duración de los síntomas o con criterios mínimos para la depresión. El DSM IV señala que la depresión leve puede definirse como la presencia de entre 5 a 6 síntomas leves, además de experimentar sólo un leve deterioro en su funcionamiento (23).

**Depresión moderada.** Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica (23).

**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 (23).

### **Dimensiones de la Depresión**

#### **Humor Depresivo**

- Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas
- Incapacidad para experimentar placer y alegría.
- Desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad; sensación de incapacidad somática o psíquica; o sentimiento de culpa.
- Disminución del apego a la vida o ideas suicidas.
- Opresión precordial.
- Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.

#### **Anergia**

- Apatía o aburrimiento.
- Cavilación sobre la misma idea o presencia de indecisiones.
- Falta de concentración.
- Disminución de la actividad habitual en el trabajo y/o en las distracciones.
- Fatiga general o cansancio precoz.
- Disfunción sexual o trastornos digestivos.

#### **Discomunicación**

- Brotes e mal humor
- Tendencia a afligirse por todo.
- Retraimiento social
- Abandono de las lecturas, la radio y la televisión.
- Sensación de soledad o desconfianza.
- Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario.

#### **Ritmopatía**

- Gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día o notables diferencias entre la mañana y la tarde.

- Pérdida de apetito y peso.
- Crisis de hambre voraz.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.
- Hipersomnias durante el día.

### **Depresión postparto**

Se define a la Depresión Postparto (DPP) como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional. Estado que empieza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto con una incidencia de 3 a 27% que puede durar de un mes hasta más de un año. Se ha sugerido muchas etiologías especialmente la de los conflictos que se presentan al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, episodios depresivos previos y la caída dramática en los niveles hormonales. Se estima que alrededor del 10 al 15% de las madres sufre de depresión postparto y que aproximadamente 2 de 1000 mujeres presenta psicosis durante el primer año de vida de su hijo (24).

### **Antecedentes psiquiátricos previos**

- ✓ **Factores psicológicos:** El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios. El modelo de madre ideal, abnegada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer. El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito ocasiona problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este. Al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo (24).
- ✓ **Factores de morbilidad:** La existencia de dificultades para lograr un embarazo en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre. La morbilidad del recién nacido en la que se han estudiado como factores asociados a la presencia de anomalías o enfermedades como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, muerte neonatal y otros (24).

- ✓ **Factores psicosociales y sociodemográficos:** La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea para realizar las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, aumenta el riesgo de padecer estos trastornos. La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja, son también factores de riesgo para el desarrollo de esta patología. En un estudio realizado en Argentina en 140 mujeres durante el puerperio se observó un mayor porcentaje de depresión en las mujeres de 15 a 20 años, en mujeres primíparas y en mujeres que no contaban con una pareja estable (24).

### **Etiología de la depresión posparto**

Los factores que pueden influir en el inicio de un cuadro de las características que nos ocupa se pueden agrupar en:

- ✓ **Factores heredo-constitucionales:** Se insiste en el papel del "terreno", siendo el grupo de familia con historia de bipolaridad el que ofrece las relaciones genéticas más significativas.  
 Cuando una mujer ha presentado crisis maníaco depresivas, existe un elevado porcentaje de riesgo de recaída después del parto.  
 En las pacientes con trastornos bipolares, el 50% de los nacimientos darán lugar a un episodio con trastornos afectivo (24).
- ✓ **Factores biológicos:** Los trastornos endocrinos que aparecen antes, durante e inmediatamente después del parto son de una amplitud y rapidez únicas. En efecto, en los días siguientes al parto las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona caen de manera considerable para alcanzar tasas 100 veces más bajas que aquellas que existen en el preparto. Por este hecho, muchas hipótesis hormonales han sido propuestas como el origen de las psicosis puerperales: unas se centran en las modificaciones de las tasas de progesterona y/o de estrógenos, otras valoran cambios en el eje tiroideo, en las tasas de gonadotropinas, de prolactina o de corticoides circulantes. Ninguna hipótesis ha sido confirmada hasta ahora (24).

Las alteraciones del metabolismo de las indolaminas se han implicado en la génesis de algunas enfermedades depresivas, con una síntesis reducida de la 5-OH-triptamina

cerebral (serotonina) y posibles niveles disminuidos de triptófano libre en plasma. Se confirma en las mujeres que han tenido un episodio de *postpartum blues* severo y en aquellas que están deprimidas 6 meses después del parto, la ausencia del pico de elevación normal del triptófano total en los dos primeros días siguientes al alumbramiento (24).

- ✓ **Factores psicodinámicos:** autores hacen intervenir el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o más a menudo inconsciente, que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, "rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal". Se puede pensar que estas depresiones están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación con su propia madre y con su hijo.

Entre los factores psicosociales figura, en primer término, el conflicto provocado por la aparición de una tercera persona en el grupo familiar. La madre tiene que asumir ahora una mayor responsabilidad. Tiene que dejar de ser hija para ser ella, a su vez, madre. Y tiene, que compartir con su esposo el destino del nuevo ser que ambos han engendrado. Esta situación crítica da lugar a toda clase de ambivalencias y a un aumento de la agresividad, provocadas a veces por un complejo de castración, una falla en la resolución de la fase edípica y tendencias sádicas hacia los hombres. Naturalmente las personalidades inmaduras son más proclives a sufrir trastornos posparto (24).

- ✓ **Circunstancias de carácter social:** Algunos hechos de la vida cotidiana, como el duelo por la pérdida de un ser querido, o la enfermedad, pueden ser fuente de estrés y tensiones, incluso antes del parto. Otros factores que pueden influir son el desempleo y la pobreza, las mujeres que están aisladas de sus familias, o que no tienen una pareja en la que apoyarse, pueden ser más propensas a sufrir depresión posparto (24).

a) **Antecedentes personales:** Otro factor decisivo en el desarrollo de la depresión posparto es la existencia de antecedentes de depresión (24).

b) **Ideas preconcebidas sobre la maternidad:** Se tiene una idea preconcebida de la madre como una persona radiante y llena de energía, que vive en un hogar perfecto con una pareja que la apoya, la maternidad se percibe como algo innato, y no como algo que

se puede aprender. A menudo, las mujeres que atraviesan dificultades durante las semanas y los meses posteriores al parto se sienten como si fuesen las únicas que se encuentran en esa situación. Esta falta de experiencia y conocimientos puede desencadenar un sentimiento sobrecogedor de incompetencia, una sensación de fracaso y aislamiento. Todo esto puede generar un profundo malestar emocional (24).

### **Síntomas de la depresión en el posparto**

La depresión posparto puede presentar un gran abanico de síntomas, con diversos grados de intensidad dependiendo de los casos.

- a) Irritabilidad:** Propensión a la irritación y enfado, a veces sin motivo aparente (25).
- b) Ansiedad:** Sensación de incompetencia o de no ser capaz de salir adelante. Se puede mostrar preocupación por cosas que en condiciones normales se dan por sentadas. Algunas mujeres se sienten tan tensas que no son capaces de salir de casa y se muestran reacias a relacionarse con sus amistades. En otros casos también se evidencia un cierto temor a quedarse a solas con el recién nacido (25).
- c) Crisis de ansiedad:** Otro indicio pueden ser las crisis de ansiedad, también llamadas crisis de pánico o ataques de ansiedad. Sus síntomas incluyen manos sudorosas, palpitaciones y náuseas y pueden sobrevenir en cualquier momento del día, durante las actividades cotidianas. Los ataques de ansiedad son a menudo impredecibles y pueden resultar muy angustiosos, hasta el punto que se llegan a evitar ciertas situaciones o actividades si anteriormente se ha sufrido una crisis durante la realización de las mismas (25).
- d) Problemas de sueño:** Problemas para conciliar el sueño, incluso si el recién nacido está durmiendo plácidamente (25).
- e) Cansancio:** Sensación constante de cansancio y letargo, incapacidad para hacer frente a las tareas domésticas. También puede surgir falta de interés en la propia apariencia física, en el deseo sexual y en el entorno en general (25).
- f) Concentración:** Otro síntoma habitual es la pérdida de la capacidad de concentración, o la sensación de estar confundida o distraída (25).
- g) Apetito:** Puede afectar de dos formas: a veces se pierde el apetito y otras se come compulsivamente. En consecuencia, se puede perder o ganar peso (25).



- h) Llanto:** Llanto frecuente e incontrolable, en ocasiones sin motivo aparente (25).
- i) Comportamiento obsesivo:** Limpiar la casa minuciosamente e intentar mantener siempre un nivel demasiado alto es una característica de este tipo de comportamiento. Algunas mujeres presentan miedos abrumadores, por ejemplo, a la muerte. Otras afirman tener pensamientos recurrentes en los que dañan a su hijo, aunque las madres rara vez actúan en consecuencia (25).

### **Consecuencias de la depresión posparto**

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma.

- a) Alteración en la relación madre-hijo.** La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva (25).
- b) Alteraciones en el desarrollo cognitivo.** En un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo, en este aspecto el estudio aún no es concluyente (25).
- c) Socialización deficiente.** Los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida (25).
- d) Alteraciones en la educación de los hijos.** La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida e el desarrollo social de los niños (25).
- e). Alteraciones en la dinámica familiar.** La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia (25).

Para medir “Depresión posparto”. Se utilizará un instrumento Escala de Edimburgo que se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; Dicha escala ha sido elaborada

por Edimburgo en el año 2015 constituido por 24 ítems, valoradas según la Escala de tipo Likert en 05 niveles: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni en acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo y Totalmente de acuerdo; cuyo valor irá de 1 a 5 puntos según las 20 afirmaciones vertidas por el entrevistado, haciendo una puntuación total de 100 puntos.

Se clasificará de esta manera dando una valoración a cada uno de ellos:

Alta: 67 – 100 puntos (**Depresión severa**)

Media: 34 – 66 puntos (**Depresión moderada**)

Baja: 01 – 33 puntos. (**Depresión Leve**) (3).

#### **1.4. Justificación**

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. No sabemos porque la maduración comienza cuando lo hace, ni podemos explicar tampoco cuál es el mecanismo exacto en la que la desencadena, solo sabemos que a cierta edad determinada por factores biológicos esto ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar (26).

En la adolescencia el actuar y el comportarse es independiente, toman sus propias soluciones de acuerdo a sus necesidades, sin embargo, se someten a una infinidad de riesgos que los marcan en su futuro personal. La información, educación y comunicación oportuna puede ayudar a prevenir los riesgos que se presentan en su vida sexual, como son las infecciones de transmisión sexual de los embarazos a temprana edad (26). El cambio que en primera instancia se presenta, es en la autoestima, conocemos que se manifiesta en todos los espacios y ámbitos de la vida, de cierta manera permite la aceptación de lo que somos hacemos y sentimos, motiva nuestro comportamiento, además repercute en nuestra apreciación de la vida (27).

En la mujer joven dependiendo de las condiciones de su embarazo, su autoestima determinará la aceptación o rechazo del mismo, caso contrario habrá momentos de confusión, esto dependerá de la capacidad que tenga la adolescente para enfrentar sus problemas (27).

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas adolescentes y de bajos ingresos económicos. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, el cual es considerado como un desorden del talante, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad (28).

Si bien ser madre es siempre un gran desafío, tradicionalmente el embarazo ha sido asociado a un estado de “bienestar emocional” en la mujer; no obstante, se ha demostrado que entre el 30 y el 40% de las gestantes presentan algún síntoma de depresión y un 10% de ellas evolucionan en forma grave, requiriendo tratamiento psicológico y farmacológico (28).

Por tal razón surgió la inquietud de realizar esta investigación en el Centro de Salud de Morales con puérperas, debido a que hay mayor incidencia de adolescentes embarazadas con niveles de autoestima bajo y depresión posparto. La siguiente investigación tiene como propósito fundamental determinar el grado de relación que existe entre la autoestima y la depresión posparto en puérperas atendidas en Centro de Salud de Morales.

Consideramos que nuestra investigación constituirá un paso importante en la identificación del problema de los niveles de autoestima en la región y su relación con la depresión en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Morales. Por la tanto, la finalidad del presente estudio de investigación es reducir la depresión posparto en puérperas asociadas a la autoestima, a fin de salvaguardar la salud de la madre, de esa manera estaríamos previniendo los posibles daños que puede repercutir en el recién nacido.

## **1.5. Problema**

¿Cuál es la relación que existe entre la Autoestima y la depresión pos parto de las puérperas adolescentes atendidas en el centro de salud morales periodo Julio - diciembre 2017?

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Determinar la relación existe entre la Autoestima y la depresión posparto de las puérperas adolescentes atendidas en el centro de salud morales periodo julio - diciembre 2017

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas de las puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales con algún grado de depresión.
2. Determinar el grado de autoestima en las puérperas adolescentes
3. Determinar el nivel de depresión posparto en puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales.
4. Evaluar la relación entre Autoestima y Depresión post parto.

### **2.3. Hipótesis de investigación**

Existe relación entre la Autoestima y la depresión posparto de las puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo Julio – diciembre 2017

## 2.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEF. TEORICA	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Vi= V1 Autoestima	La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. “ Esto nos indica la forma que la persona se ve a si misma, lo que piensa de ella, cómo reacciona ante si	Valoración positiva o negativa que se hacen las puerperas de sí mismas	Física  Social       Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cree tener cualidades</li> <li>• Se siente capaz de hacer las cosas bien</li> <li>• Siente que debe tratársela con igualdad</li> <li>• Tiene un buen concepto de si misma</li> <li>• Se siente feliz consigo misma</li> <li>• Reconoce sus defectos.</li> <li>• Negativismo</li> <li>• Amor propio</li> <li>• Se menosprecia a si misma</li> <li>• No confía en si misma</li> </ul>	Ordinal.  Alta: de 30 – 40 Media: de 26 -29 Baja: menos de 26

<p>Vd= V2</p> <p>Depresión posparto</p>	<p>La depresión es un trastorno 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.</p>	<p>Referido a la enfermedad mental, o la pérdida de interés que presentan las puérperas adolescentes</p>	<p><b>Humor</b></p> <p><b>Depresivo</b></p> <p><b>Anergia</b></p> <p><b>Discomunicación</b></p> <p><b>Ritmopatía</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triste</li> <li>• Preocupado</li> <li>• Alegre</li> <li>• Llorosa</li> <li>• Colérica</li> <li>• Ideas de Culpa de sentir inútil</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Malestar general</li> <li>• Dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestras de aburrimiento</li> <li>• Cansancio al despertar</li> <li>• Dificultad para dormir</li> <li>• deseo de trabajar</li> <li>• deseo sexual</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• estrés</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de interés por sí misma</li> <li>• Falta de concentración</li> <li>• Falta de apetito</li> <li>• Falta de sueño, somnolienta</li> <li>• Cansancio</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para desarrollar su actividad social y laboral</li> <li>• Pérdida del apetito</li> </ul>	<p>Ordinal</p> <p>Alta: 67 – 120 puntos <b>(Depresión severa)</b></p> <p>Media: 34 – 66 puntos <b>(Depresión moderada)</b></p> <p>Baja: 01 – 33 puntos. <b>(Depresión Leve)</b></p>
---	---	--	--	--	---

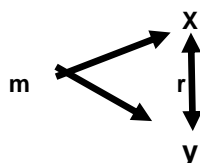
### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de estudio

El estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal con recolección prospectiva de datos.

#### 3.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue descriptivo correlacional



#### Donde:

**M** = Muestra, las púérperas adolescentes del Centro de Salud de Morales

**x** = Autoestima

**y** = Depresión posparto

**r** = Relación entre la autoestima y la depresión posparto.

#### 3.3. Universo Población y Muestra

##### Universo

Estuvo conformado por todas todas las púérperas atendidas en el Centro de Salud de Morales durante 2017, que suman en total 350.

##### Población

La población estuvo constituida por todas las puerperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales durante el periodo de Julio - Diciembre 2017, las mismas que son 100 adolescentes púérperas (Fuente: Dirección de estadística del Centro de Salud de Morales).

##### Muestra

Se trabajó con el 100% de púérperas adolescentes

**Unidad de análisis.**

Una puérpera adolescente del Centro de Salud de Morales

**3.3.1. Criterios de Inclusión.**

- Adolescentes puerperas que son atendidas en el Centro de Salud de Morales

**3.3.2. Criterios de Exclusión.**

- Aquellas adolescentes que no deseen participar

**3.4. Procedimiento**

- Se realizó la revisión bibliográfica y se procedió a elaborar el proyecto de investigación.
- Se presentó el proyecto de investigación a la Facultad de Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Se socializó el proyecto con los directivos del Centro de Salud Morales para acceder a la ejecución.
- Posteriormente se solicitó formalmente la autorización para acceder a las historias y aplicar el instrumento.
- Se aplicó el instrumento, el cual fue llenado minuciosamente a fin de recabar íntegramente toda la información necesaria.
- Una vez recogida la información se tabularon y se analizaron los datos.
- Posteriormente se elaboró el informe de tesis.
- Se presentó a la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión, aprobación y designación de jurado.
- Finalmente se procederá con la sustentación de la tesis.

**3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica utilizada fue la encuesta aplicada a todas las puérperas adolescentes. El instrumento utilizado fue el cuestionario tipo test por cada variable medidos en ítems, con variabilidad en la construcción de los enunciados de los ítems (ordenamiento y de tipo valorativo):

La ficha sobre datos sociodemográficos, en la cual se registraron los datos de la paciente (edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, datos del embarazo actual). Para



medir la primera variable “autoestima”. se utilizó el test de Rosenberg: Que consta de 10 preguntas cerradas, cuya interpretación es:

De los ítems 1 a 5 las respuestas de A hasta D se puntúan de 4 a 1

De los ítems 6 al 10 las respuestas de A hasta D se puntúan de 1 a 4.

**Puntuación:**

Autoestima Alta: De 30 a 40 puntos

Autoestima Media: De 26 a 29 puntos

Autoestima Baja: Menos de 26 (19) .

Para la segunda variable “Depresión posparto”, se utilizó un instrumento escala de Edimburgo, dicha escala ha sido elaborada por Edimburgo en el año 2015, valoradas según la Escala de tipo Likert en 05 niveles: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni en acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo y Totalmente de acuerdo; cuyo valor irá de 1 a 5 puntos según las 20 afirmaciones vertidas por el entrevistado, haciendo una puntuación total de 100 puntos. (3).

Se clasificó dando una valoración a cada uno de ellos:

Alta: 67 – 100 puntos (**Depresión severa**)

Media: 34 – 66 puntos (**Depresión moderada**)

Baja: 01 – 33 puntos. (**Depresión Leve**)

**Validación del instrumento de recolección de datos:**

Una vez elaborado el instrumento de recolección de datos se procedió a la validación del instrumento a través del juicio de expertos (03 obstetras con grado de doctor y maestría), dando la conformidad a los cambios pertinentes al instrumento.

Levantado las observaciones se procedió a aplicar el instrumento, recolectando directamente información de las encuestas, donde se realizarán las correcciones pertinentes para su mejor aplicación.

**3.6. Plan de tabulación y análisis de datos**

Se realizó una base de datos en Excell 2013 la misma que se exportó al SPSS versión 21 para el procesamiento estadístico y análisis del mismo. Se empleó la estadística descriptiva como: frecuencia y porcentaje, así mismo se utilizó la estadística inferencial, a través de la prueba no paramétrica  $\chi^2$  leída con un nivel de

significación de  $p < 0.05$  . Se presenta los resultados en tablas simples, de doble entrada y figuras.

### **3.7. Aspectos éticos**

El estudio no afectó la integridad de las puérperas adolescentes porque se pidió su participación de forma verbal, ni vulneró la información de la institución porque se solicitó la autorización respectiva para proceder con la recolección de información. Así mismo los datos solo serán utilizados para la presente investigación.

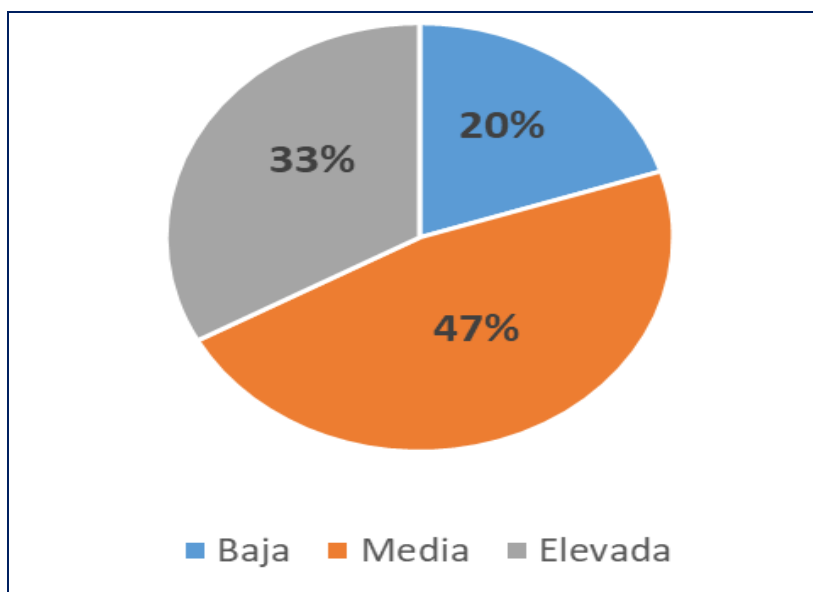
#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales con algún grado de depresión.

Características		Fi (n=100)	%
Edad	< 15 años	3	3.0%
	15 – 17 años	34	34.0%
	18 – 19 años	63	63.0%
Estado civil	Soltera	39	39.0%
	Casada	0	0.0%
	Conviviente	61	61.0%
	Divorciada	0	0.0%
Grado de instrucción	Analfabeta	1	1%
	Primaria completa	5	5%
	Primaria incompleta	7	7%
	Secundaria completa	25	25%
	Secundaria incompleta	35	35%
	Superior completa	8	8%
	Superior incompleta	19	19%
	Ocupación	Ama de casa	65
Empleada del hogar		2	2.0%
Estudiante		28	28.0%
Otro		5	5.0%

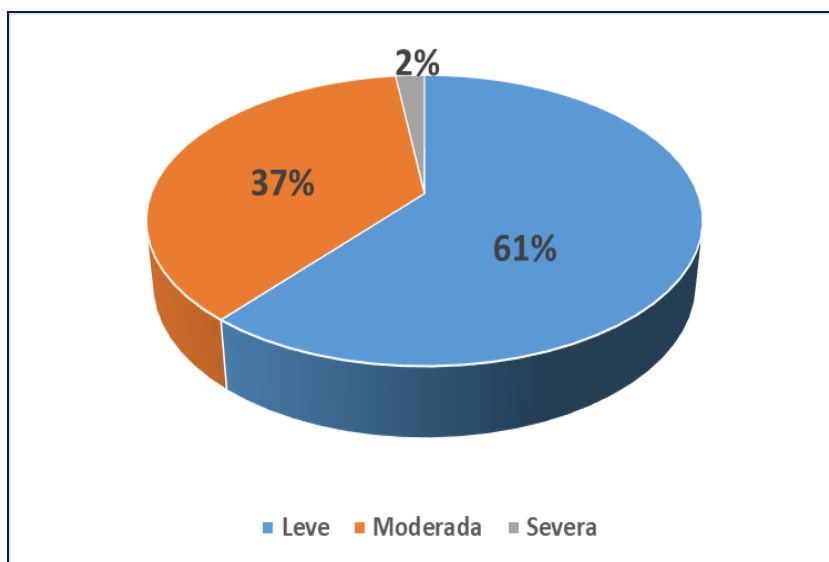
Fuente: Datos propios de la investigación

Observamos que las puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales con algún grado de depresión, se caracterizan predominantemente por tener edades entre 18 a 19 años (63,0%), ser convivientes (61,0%), nivel de secundaria incompleta (35,0%) y tener ocupación ama de casa (65,0%).



**Figura 1.** Grado de autoestima en las puérperas adolescentes. (uente: Datos propios de la investigación).

Observamos que del 100% de puérperas adolescente, el 47,0% tienen un nivel de autoestima media con tendencia a baja (33,0%).



**Figura 2.** Nivel de depresión posparto en puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales. (Fuente: datos propios de la investigación).

Evidenciamos que las puérperas adolescentes con algún grado de depresión, se ubican en su mayoría con depresión leve en un 61% con tendencia a moderada en un 37%. Solo se identificó depresión severa en un 2%.

**Tabla 2.** Autoestima y depresión post parto: Estudio correlacional en puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo julio – diciembre 2017

Grado de autoestima	Nivel de depresión						
	Leve	Moderada	Severa	Total			
Elevada	18 18.0%	2 2.0%	0 0.0%	20 20.0%			
Media	31 31.0%	16 16.0%	0 0.0%	47 47.0%			
Baja	12 12.0%	19 19.0%	2 2.0%	33 33.0%			
<b>Total</b>	<b>61 61.0%</b>	<b>37 37.0%</b>	<b>2 2.0%</b>	<b>100 100.0%</b>			

Fuente: datos propios de la investigación

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,118	4	0.001
Razón de verosimilitud	19.769	4	0.001
N de casos válidos	100		

Nos muestra que el 31,0% de la población en estudio se ubica en un nivel de autoestima media y nivel de depresión moderada; de la misma forma el 18,0% con autoestima alta se ubica en el nivel de depresión leve y solo el 2% con depresión severa corresponde a los que tienen autoestima baja.

Para determinar la relación que existe entre la autoestima y la depresión postparto en puérperas adolescentes, se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado por ser ambas variables categóricas, con un nivel de significancia al 95%. Los resultados muestran que si existe relación entre ambas variables por tener un p valor = 0,001 ( $p < 0,05$ ). Es decir que “a mayor nivel de autoestima menor grado de depresión”

## V. DISCUSIÓN

El primer resultado nos muestra que las puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales con algún grado de depresión se caracterizan predominantemente por tener edades entre 18 a 19 años (63,0%), ser convivientes (61,0%), nivel de secundaria incompleta (35,0%) y tener ocupación ama de casa (65,0%).

Resultado que se relaciona con Bustos S, Jiménez N. (2013), quienes encontraron que el nivel socioeconómico y la edad no arrojó resultados significativos. También se relaciona con González R, García L. (2013) quienes encontraron 15 (12.5 %) mujeres de 16 a 25 años las más jóvenes, el 90% reportaron ser casadas. Además, se relaciona con Pinedo R. (2012) quien encontró que la frecuencia de madres adolescentes fue 14,17%. y Cáceres N. (2013), encontró adolescentes embarazadas (97 de 17 años y 72 de 15 años) de diferentes colegios.

Por lo mencionado podemos deducir que las características sociodemográficas como edad 18 a 19 años, el ser convivientes, nivel de secundaria incompleta y tener ocupación ama de casa, son condiciones que conllevan a las posibles consecuencias de una baja autoestima y depresión por la importante carga que significa el embarazo y la situación de aceptación que debe recibir la adolescente por parte de sus padres, amigos y familiares. Siendo importante que el obstetra como profesional indicado para la atención adolescente puérpera de asegurar un adecuado bienestar.

En cuanto a la depresión post parto observamos que del 100% de puérperas adolescente con algún grado de depresión, el 47% tienen un nivel de autoestima media con tendencia a baja (33%).

Resultado que se relaciona con Sulca K. (2014) quien encontró baja autoestima por violencia física durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja. También se relaciona con Cáceres N. (2013), quien encontró un porcentaje de 1.18% en el nivel bajo, un 28.4% en el nivel medio bajo, 60.36% en el nivel medio alto y 10.6% en el nivel alto de autoestima. Por su lado Navarro V. (2013) encontró que los alumnos del 5to grado tuvieron 62% en el nivel bajo y un 38% en el nivel alto de autoestima. Los

alumnos del 6to grado obtuvieron un 66% en el nivel bajo y un 34% en el nivel alto de autoestima. Así mismo Sandoval S, Lozano M. (2011) encontraron que la mayoría de los estudiantes (64.5%) no alcanzan un óptimo nivel de autoestima. el 50.4% de estos tiene un nivel de autoestima Media, y el 14.1% de los alumnos tienen autoestima Baja, lo que significa que del 100% sólo el 35.6% tiene autoestima elevada

Por lo expuesto podemos establecer y resaltar la importancia de asegurar una buena autoestima en las adolescentes para asegurar mejores posibilidades de enfrentar los problemas y la necesidad que surja producto del embarazo.

El tercer resultado nos muestra que las puérperas adolescentes con algún grado de depresión se ubican en su mayoría con depresión leve en un 61% con tendencia a moderada en un 37%. Solo se identificó un nivel de depresión severa que representa el 2%.

Resultado que se relaciona con Bustos S, Jiménez N. (2013), quienes encontraron que los embarazos no deseados mostraron mayores puntuaciones en la escala de depresión postparto. Igualmente, Jadresic, E. (2010) encontró que un tercio de las mujeres chilenas presenta síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, mientras que la prevalencia en el posparto supera el 40%. Así mismo se relaciona con Molero L, Urdaneta R, Zanabria C, Zambrano N, Contreras A, Azuaje E, et al. (2012), encontraron que las madres adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ( $p < 0,001$ ), indicativo de un menor riesgo de presentar depresión postparto, realizándose el diagnóstico presuntivo de esta entidad de 4% en puérperas adolescentes y 72% de las adultas, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV determinó una prevalencia de 2% y 38%, respectivamente.

Igualmente se relaciona con Miranda K. (2017) quien encontró prevalencia de depresión posparto de 27.4%. Además, se relaciona con Pinedo R. (2012) quien encontró la incidencia de DPP usando la EPDS en madres adolescentes fue 51,1%. La incidencia de ideas de auto-daño fue de 22,2% en aquellas con DPP y 4,7% en las que no presentaron depresión; esto nos indica que hay 1,8 veces más riesgo que una madre adolescente con Depresion Postparto tenga ideas de autodaño que una sin depresión. Quispe S. (2014), encontró que el 25.3% sufrió de depresión leve, 12.7% de depresión moderada y el 2.7% de depresión severa. Nuestra tasa de prevalencia total de depresión fue de 40.7%.

A su vez se relaciona con Sulca K. (2014) quien encontró que el 25.3% sufrió Depresión leve, 12.7% Depresión moderada y el 2.7% Depresión severa. La prevalencia total de depresión fue de 40.7%. También se relaciona con Vásquez E, Sangama R. (2012), quienes encontraron mayor riesgo de depresión posparto en el 66,7% de las puérperas

La depresión post parto es un problema evidente y nos corresponde evitar que esto ocurra ya que las condiciones de negatividad, indiferencia, somnolencia, desinterés, malestar que son signos que nos permiten diagnosticar la depresión que puede conllevar a problemas maternos perinatales.

El cuarto resultado nos muestra que el 31% de la población en estudio se ubica en un nivel de autoestima media y nivel de depresión moderada; de la misma forma el 18% con autoestima elevada se ubica en el nivel de depresión severa. Para determinar la relación que existe entre la autoestima y la depresión posparto en puérperas adolescentes, se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado por ser ambas variables cualitativas, con un nivel de significancia al 95%. Los resultados muestran que si existe relación entre ambas variables por tener un p valor = 0,001 ( $p < 0,05$ ). También se relaciona con González R, García L. (2013) quienes encontraron que la prevalencia de depresión posparto fue de 20%, de ellas el 50% fueron primigestas.

Resultado que se relaciona con Bustos S, Jiménez N. (2013) quienes encontraron que la incidencia de un grupo de variables socio demográficas y satisfacción con la pareja en el desarrollo de la depresión posparto, los que tuvieron embarazos no deseados mostraron mayores puntuaciones en la escala de depresión posparto. Igualmente Jadresic, E. (2010) encontró la depresión persistente en mujeres embarazadas se asocia a retraso en el desarrollo de su niñez, con un riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. La depresión posparto se asocia a coeficientes intelectuales más bajos en la preadolescencia, y a conductas violentas. Igualmente, Miranda K. (2017) encontró asociación significativa ( $p < 0.001$ ) entre las variables disfuncionalidad familiar y depresión posparto.

Por su parte Young C. (2017) encontró asociación estadística del estado civil (solteras/separadas y convivientes), hijos previos, abortos previos, < 6 atenciones



prenatales, episodio previo depresivo antes y durante la gestación, discusión con la pareja durante la gestación y violencia cometida por la pareja antes y durante la gestación. Se encontró ideación suicida en el 52.72% de la población con tamizaje positivo. También se relaciona con Piscoya Y. (2016) que encontró que los indicadores de privación afectiva como no vivir con los padres ( $p=0.010$ ), no recibir apoyo emocional de sus padres ( $p=0.000$ ), que actualmente familiares y amigos no le brindan apoyo emocional ( $p=0.000$ ), y mantener una mala relación con su familia ( $p=0.000$ ) se asociaron a la depresión pos parto en púerperas. Pinedo R. (2012) encontró factores psicosociales que tuvieron asociación a DPP fueron: estado civil, grado de instrucción y el entorno de convivencia familiar de la madre. También se relaciona con Quispe S. (2014), quien encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre la baja autoestima por violencia física intrafamiliar y la depresión severa ( $p=0.003$ ). A su vez se relaciona con Sulca K. (2014) quien encontró relación estadísticamente significativa entre la baja autoestima por violencia física durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión severa ( $p=0.003$ ).

Existe asociación entre la autoestima y la depresión post parto, ello porque la adolescente es vulnerable emocionalmente, económicamente y socialmente por sus familiares, hecho que puede empeorar el daño por no cumplir las condiciones mínimas para respetar a la familia.

## VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Las puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morales con algún grado de depresión, se caracterizan predominantemente por tener edades entre 18 a 19 años (63,0%), ser convivientes (61,0%), nivel de secundaria incompleta (35,0%) y tener ocupación ama de casa (65,0%).
- 6.2. Las puérperas adolescente según grado de autoestima tienen un nivel de autoestima media 47,0% con tendencia a baja 33,0%.
- 6.3. Las puérperas adolescentes en su mayoría presentan depresión leve con 61,0% con tendencia a moderada con 37,0% y, el nivel de depresión severa fue 2,0%.
- 6.4. Existe relación entre el nivel de autoestima y el grado de depresión post parto por tener un p valor = 0,001 ( $p < 0,05$ ), es decir a mayor nivel de autoestima menor grado de depresión.

## VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Al personal de salud, evaluar integralmente a las gestantes adolescentes con énfasis en el interrogatorio que permita determinar las características sociodemográficas para establecer el riesgo de autoestima baja y riesgo de depresión.
- 7.2. Al personal de salud, durante la atención integral de la gestante adolescente informar y educar sobre autovalorarse para mantener una alta autoestima que contribuya a una evolución favorable del embarazo. Así mismo promover un protocolo de atención de los casos con baja autoestima que vincule a la pareja y familia.
- 7.3. Al personal de salud, utilizar como instrumento de valoración de la depresión la escala de Edimburgo, y al determinar el nivel de depresión promover protocolos que permita intervenir el problema.
- 7.4. A los directivos de los servicios de salud, promover la atención integral y multidisciplinaria de las puérperas adolescentes según nivel de autoestima y depresión para evitar posterior daño en la madre y el niño.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urbina C. Pachecho J. Embarazo en adolescente Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(1):118-123 . Publicado 13 de junio de 2006 . Lima –Perú.
2. Guendelman S. Neurobiología Interpersonal: la depresión post-parto y el vínculo de apego temprano , Chile 2012. Tesis de pregrado de la Universidad de Chile 2012. .[ En red]. Consultado el 06 de Abril del 2016; disponible en: [www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a07.pdf](http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a07.pdf)
3. Paima R. Prevalencia y Asociación entre la cesárea no programada y la depresión portparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Materno Perinatal, Lima Perú 2011. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2012. [ En red]. Consultado el 6 de Abril del 2016; disponible [cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2958/1/Paima\\_pr.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2958/1/Paima_pr.pdf)
4. Barra F, Solis G. Depresión Posparto Hacia un Tratamiento Integral, Cuba 2013. Tesis de pregrado de la Universidad de la Ciudad la Habana, Cuba 2013. . [En red]. Consultado el 6 de Mayo del 2016; disponible en: [unsm.edu.pe/spunsm/archivos](http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos)
5. Bustos S, Jiménez, N. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria 2013 Arica – Chile. Tesis de pregrado de la Universidad de Chile 2014. [En red]. Consultado el 02 Junio del 2016; disponible en: [www.schilesaludmental.cl/.../05\\_factores\\_de\\_riesgo\\_asociados\\_a\\_la\\_depresion\\_post](http://www.schilesaludmental.cl/.../05_factores_de_riesgo_asociados_a_la_depresion_post)
6. González R, García L. Depresión posparto y factores asociados en Población derechohabiente. 2013”, Mérida – México. Tesis de pregrado de la Universidad de México 2013. [En red]. Consultado el 20 de Junio del 2016; disponible en: [www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/262/ru2625.pdf](http://www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/262/ru2625.pdf)
7. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Santiago de Chile 2010. Tesis de grado de la Universidad, Santiago de Chile 2011. [En red]. Consultado el 20 de

- Junio del 2016; disponible en:  
[www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000500007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007)
8. Molero L, Urdaneta R, Zanabria C, Zambrano N, Contreras A, Azuaje E, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. 2012”, en San Francisco – Venezuela. Tesis de pregrado de la Universidad de Venezuela 2013. . [En red]. Consultado el 20 de Julio del 2016; disponible en: [tesis.unsm.edu.pe/.../Jhudit%20Vera%20Mendoza](http://tesis.unsm.edu.pe/.../Jhudit%20Vera%20Mendoza)
  9. Miranda K. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. Tesis (Médico Cirujano). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, EAP. de Medicina Humana, 2017. [ En red ]. Consultado el 16 de julio del 2017; disponible en : <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6032>
  10. Young C. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2017 . . Tesis (Médico Cirujano). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, EAP. de Medicina Humana, 2017. [En red] . Consultado el 16 de julio del 2017; disponible en : <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5990>
  11. Piscocoya Y. Asociación entre indicadores de privación socio - afectiva y la depresión posparto en puérperas. Hospital Nacional Docente “San Bartolomé”. Lima, octubre – diciembre, 2016. Tesis (Lic. en Obstetricia). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. de Obstetricia. 2017. 54 h. [En red ] Consultado el 16 de julio del 2017 ; disponible en : <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6104>
  12. Pinedo R. Factores Psicosociales Asociados y Detección de Depresión Posparto Usando la Escala de Edimburgo en Madres Adolescentes, Tacna- Perú 2012. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2013. [En red]. Consultado el 28 de Julio del 2016; disponible en:  
[unsm.edu.pe/spunsm/archivos.../archivo](http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos.../archivo)

13. Quispe S. Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a marzo del 2014. Tesis de pregrado de la Universidad Cayetano Heredia 2014. [En red]. Consultado el 01 de Agosto del 2016; disponible en:  
[cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4057/1/Sulca\\_qk.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4057/1/Sulca_qk.pdf)
14. Sulca K. Violencia Intrafamiliar en Adolescentes y su Relación con la Depresión Postparto. 2014”, Lima – Perú. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2015. [En red]. Consultado 05 Agosto 2016; disponible en:  
[cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4057/1/Sulca\\_qk.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4057/1/Sulca_qk.pdf)
15. Cáceres N. Niveles de autoestima en adolescentes embarazadas, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima-Perú 2013. Tesis de pregrado de la Universidad Arzobispo Loayza 2013. [En red]. Consultado 20 Agosto 2016; disponible [www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos.../archivo\\_42\\_TESIS%20COMPLETA.pdf](http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos.../archivo_42_TESIS%20COMPLETA.pdf)
16. Navarro V. Niveles de autoestima de los alumnos del 5to y 6to grado de educación primaria del Colegio Nacional 006 - Micaela Bastidas del Distrito de Breña en la ciudad de Lima 2013. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2014. [En red]. Consultado el 01 de Septiembre del 2016; disponible en:  
[repositorio.usil.edu.pe](http://repositorio.usil.edu.pe)
17. Vásquez E, Sangama R. relación entre Características Sociodemográficas y Riesgo de Depresión Posparto en Púerperas que consultan en la Clínica Corpomedic Tarapoto. 2012. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional de San Martín 2013. [En red]. Consultado 08 septiembre 2016; disponible en:  
[unsm.edu.pe/spunsm/archivos](http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos).
18. Vera J, Centurión D. Influencia de las características socio-demográficas en la depresión postparto en púerperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto 2015-2016. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional de San Martín. [En red]. Consultado el 01 de Octubre del 2016; disponible en: [tesis.unsm.edu.pe/xmlui/handle/11458/996](http://tesis.unsm.edu.pe/xmlui/handle/11458/996)

19. Sandoval S., Lozano M. Presencia de Violencia Familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E N 0031 María Ulises Dávila Pinedo, Morales 2011. Tesis de pregrado de la Universidad Nacional de San Martín 2011. [En red]. Consultado el 6 de Mayo del 2016; disponible en: [www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos.../archivo\\_42\\_TESIS%20COMPLETA.pdf](http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos.../archivo_42_TESIS%20COMPLETA.pdf)
20. Agudelo L., Vargas C. Embarazos en adolescentes (11- 16 años) y ¿cuál es su impacto en la familia y la sociedad? en el Instituto colombiano (2010) de bienestar familiar. Tesis de pregrado de la Universidad de Colombia 2011. [En red]. Consultado el 05 de Octubre del 2016; disponible en: [revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile](http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile)
21. Dávila L. Adolescencia y Juventud: De las nociones a los abordajes. Santiago de Chile 2010. Última década. [online]. 2010, vol.12, n.21 [Consultado el 18 de octubre del 2016], pp.83-104. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22362004000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004&lng=es&nrm=iso). ISSN 0718-2236. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>.
22. Guerrero J. Hemorragias Post- Parto en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. Tesis de Grado de la Escuela Superior Técnica de Chimborazo. Ecuador 2010. [En red]. Consultado 25 Octubre 2016; disponible en: [dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1910/1/94T00089.pdf](http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1910/1/94T00089.pdf)
23. García L. Autoconcepto, Autoestima y su relación con el rendimiento académico, Ciudad la Habana Cuba 2013. Tesis de pregrado de la Universidad de la Ciudad la Habana, Cuba 2013. [En red]. Consultado el 01 de Noviembre del 2016; disponible en: [eprints.uanl.mx/6882/1/1080127503.pdf](http://eprints.uanl.mx/6882/1/1080127503.pdf)
24. Juárez A. Transformaciones Familiares en Chile 2013: Riesgo Creciente para el Desarrollo Emocional, Psicosocial y la Educación. Tesis de pregrado de la

- Universidad de Chile 2014. [En red]. Consultado el 01 de Noviembre del 2016; disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=173514130008](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173514130008)
25. Vicuña M., Marín R. Depresión Realidad en el Sistema Público de Atención de Salud. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Regional de Antofagasta Santiago de Chile 2009. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2009 [citado 2016 Noviembre 05]; 68( 6 ): 491-494. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262003000600006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600006>.
26. Molina M. embarazo en adolescentes, Madrid, España 2010. Tesis de pregrado de la Universidad de Madrid, España 2011. [En red]. Consultado el 05 de Octubre del 2016; disponible en: [vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/3297?show=full](http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/3297?show=full)
27. Pizarro S. Rasgos y Actitudes del profesor efectivo, Chile 2010. Tesis de grado de la Universidad Católica de Chile 2010. [En red]. Consultado el 20 Mayo del 2016; disponible en: [www.ujaen.es/revista/reid/revista/n2/REID2art2.pdf](http://www.ujaen.es/revista/reid/revista/n2/REID2art2.pdf)
28. Urdaneta J, Rivera A. Prevalencia de Depresión Posparto en Primigestas y Multiparas Valoradas por la escala de Edimburgo. División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela 2010.. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2010 [citado 2016 Jun 28]; 75(5): 312-320. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>.



## IX. ANEXOS

### Anexo N° 1: Encuesta de la Autoestima y depresión posparto en puérperas adolescentes

**Instrucciones generales:** Esta encuesta es estrictamente confidencial, tiene por finalidad Determinar la relación existe entre la Autoestima y la depresión posparto de las puérperas adolescentes atendidas en el centro de salud morales periodo Enero – Julio 2017. Para lo cual se requiere de tu colaboración voluntaria brindándonos información confiable: ACEPTAS.....

#### I. DATOS GENERALES:

Coloque una (X) donde corresponde

Edad:

< 15 años ( )

15 – 17 años ( )

18 – 19 años ( )

Estado civil: Soltera ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Viuda ( )

Grado de instrucción: Analfabeta ( ) primaria completa ( ) primaria incompleta

( ) secundaria completa ( ) secundaria incompleta ( ) superior completa

( ) superior incompleta ( )

Ocupación: Ama de casa ( ) Empleada ( ) Otros ( )

## ANEXO 2: AUTOESTIMA

### Escala de medición para el autoestima

**INSTRUCCIONES:** A continuación presentamos 10 preguntas que el investigador realice a la muestra en estudio donde se tienen en cuenta las respuestas que nos manifestaron; las cuales serán colocadas en cada parámetro establecido.

Marque ASPA en el cuadro la respuesta que considere correcta de manera concisa, según la leyenda descrita al principio del cuadro.

	<b>A</b> <b>Muy de</b> <b>acuerdo</b>	<b>B</b> <b>De</b> <b>acuerdo</b>	<b>C</b> <b>En</b> <b>desacuerdo</b>	<b>D</b> <b>Muy en</b> <b>desacuerdo</b>
1. Siento que merezco, ser apreciado, al igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de mis compañeros				
4. Tengo un concepto bueno de mí mismo.				
5. En general estoy contento de cómo soy				
6. Siento que tengo muchos defectos, por lo cual no estoy orgulloso				
7. Siempre pienso que todo me sale mal.				
8. Me gustaría sentir más respeto por mí mismo				
9. Realmente, hay veces que pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Test de Rosenberg, cuya interpretación es:

De los ítems 1 a 5 las respuestas de A hasta D se puntúan de 4 a 1

De los ítems 6 al 10 las respuestas de A hasta D se puntúan de 1 a 4.

**Puntuación:**

Autoestima Alta: De 30 a 40 puntos

Autoestima Media: De 26 a 29 puntos

Autoestima Baja: Menos de 26

**ANEXO 3**

**VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESIÓN POSPARTO**  
**ESCALA DE MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN.**

**INSTRUCCIONES:** A continuación presentamos 20 preguntas que el investigador realizo a la muestra en estudio donde se tienen en cuenta la respuestas que nos manifestaron; las cuales serán colocadas en cada parámetro establecido.

Marque ASPA en el cuadro la respuesta que considere correcta de manera concisa, según la leyenda descrita al principio del cuadro.

**III. Perfil Psicológico**

**T.D** : Totalmente en desacuerdo

**D** :En desacuerdo

**I** : Indiferente

**A** :De acuerdo

**T.A:** Totalmente de acuerdo

<b>Enunciado</b>	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>I</b>	<b>A</b>	<b>TA</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Te has sentido irritable o muy preocupada ante cualquier situación					
2. Has experimentado temblores, lloras con facilidad, no puedes relajarte, tienes movimientos repetitivos, sudas o te mareas mucho					
3. Sientes miedo a las multitudes, trafico, la oscuridad o a la gente desconocida					
4. Presentas dificultad para dormir, cansancio al despertar o te despiertas con facilidad en medio de la noche					
5. Experimentas cambios de humor durante el día, las actividades que antes disfrutabas ya no te causan diversión alguna					
6. Has sentido dolores y molestias musculares, voz temblorosa o sacudidas repentinas					
7. Últimamente has experimentado visión borrosa,					

escalofríos, te has sentido débil o con escalofríos					
8. Al momento presentas palpitaciones, dolor de pecho o has sentido que te vas a desmayar					
9. Recientemente has sentido sensación de ahogo, te falta el aire o suspiras mucho					
10. Posees dificultad para tragar, dolor antes o después de comer, vómito, diarrea, estreñimiento, pérdida de peso o gases					
11. Has notado la boca seca o pálida, sudas mucho, te duele la cabeza o con los pelos de punta					
12. Tienes sensación de no poder estar quieta con muchas ansias de comer o beber en exceso					
13. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado débil					
14. Me encuentro pesimista, lloró con facilidad					
15. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal					
16. Pienso en quitarme la vida					
17. Me despierto muy temprano y ya no puedo volverme a dormir					
18. Me siento intranquila, e inquieta					
19. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales					
20. Peso menos que antes, estoy perdiendo peso					

Escala de Edimburgo, valorada según la Escala de tipo Likert en 05 niveles:

Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni en acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo y Totalmente de acuerdo; cuyo valor irá de 1 a 5 puntos según las 20 afirmaciones vertidas por el entrevistado, haciendo una puntuación total de 100 puntos.

Se clasificará de esta manera dando una valoración a cada uno de ellos:

Alta: 67 – 100 puntos (**Depresión severa**)

Media: 34 – 66 puntos (**Depresión moderada**)

Baja: 01 – 33 puntos. (**Depresión Leve**)