



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Depresión y calidad de vida en adolescentes embarazadas atendidas en el
Hospital Santa Isabel del Porvenir. Enero - Marzo 2018.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas

AUTOR:

Obst. Gil Huamán, María Giovanna

ASESOR:

Dra. Susana Edita Paredes Díaz

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna y Perinatal

TRUJILLO - PERÚ

2018

Jurado de Tesis

Dra. Susana Edita Paredes Díaz
PRESIDENTE

Mg. Abigail Díaz Vargas
SECRETARIA

Dra. Eliana Guzman Avalos
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios:

Por mantener mi Fe intacta en lograr mis objetivos y metas y por ser la luz que alumbra mi camino. Gracias a ti Señor.

A la Virgen María Santísima:

Por ser mi Madre Espiritual y porque siempre me proteges con tu manto; y gracias a ti, soy una profesional digna y noble a favor de las mujeres más necesitadas durante su faceta maternal y en salvaguarda de la vida de los más indefensos e inocentes, los embriones y fetos.

A mi adorada familia. *A mi Hijo Carlitos Chirinos Gil y a mi adorado esposo Carlos Chirinos por ser un gran maestro y profesional y una perfecta compañía en este viaje de la vida, con quien he decidido luchar y continuar mi vida profesional.*

A mis padres: *Teodoro y Dalila por ser mi soporte emocional en la lucha constante de la vida.*

Porque todo lo que soy se lo debo a ellos y por inculcarme la importancia del estudio.

Obst. María Giovanna Gil Huamán

AGRADECIMIENTO

A mi Esposo:

Por el constante apoyo moral y emocional, a quien admiro por sus perspicacia, paciencia y buen sentido del humor, y su apoyo para el cumplimiento de mis proyectos, en especial al ser humano que apoyo mi profesión. Admiro su fortaleza y sus valores compartidos con ahínco, los que rodean, su voluntad inquebrantable de superación tanto personal como profesional.

A mi Asesora: Dra. Susana Paredes Diaz

Por su paciente apoyo en todo este proceso, de la estructuración de mi Tesis a través de sus conocimientos y valores que contribuyeron a la culminación de esta obra de tesis. Además de su innegable amor al prójimo. Gracias Doctora

Al Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir

Por permitirme realizar mi investigación, en las adolescentes de este sector, dándome todas las facilidades del caso, porque sin ello no hubiera sido posible la realización de este estudio, y de calificar el comportamiento de las adolescentes durante su gestación.

Obst. María Giovanna Gil Huamán

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Obst María Giovanna Gil Huamán, estudiante del Programa de Segunda Especialidad de Emergencias Obstétricas, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, identificado con DNI declaro que el trabajo académico titulado:

“Depresión y calidad de vida en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir durante los meses de enero a marzo del 2018”

Por lo tanto declaro bajo juramento que:

- a) La Tesis es de mi autoría.
- b) He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- c) No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- d) Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico.
- e) Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- f) De encontrar uso de material ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, Octubre 2018.

Obst. María Giovanna Gil Huamán

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de grados y títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, presento a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: “Depresión y Calidad de Vida en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir durante los meses de Enero a Marzo del 2018” con la finalidad de obtener el grado de Especialista en Emergencias Obstétricas.

La investigación se ha ceñido estrictamente según los modelos impuestos por la universidad y la metodología científica, esperando por ello cumplir con los requisitos para su aprobación. La investigación incluye una primera parte donde se describe la problemática y la posible relación existente entre dos variables cualitativas de una misma población de estudio. Por tal motivo se aplicó las Escalas de Test de PHQ-9 y KIDSSCREEN-27; válidas en España, Argentina y Chile durante la Atención Primaria de Salud y se considerada como una ayuda diagnóstica del comportamiento en las adolescentes durante su gestación al momento de asistir a sus consultas prenatales.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado espero su aprobación de la presente investigación por ser de justicia.

Trujillo, Octubre 2018.

Obst. María Giovanna Gil Huamán

ÍNDICE

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.....	i
Jurado de Tesis	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	vii
RESUMEN.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Realidad Problemática.....	10
1.2. TRABAJOS PREVIOS.....	11
1.2.1 TRABAJOS INTERNACIONALES.....	11
1.2.2 TRABAJOS NACIONALES	15
1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA.....	17
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMÁTICA	30
1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	30
1.6. HIPÓTESIS	31
1.7. OBJETIVOS	31
II. METODOLOGÍA.....	32
2.1. Diseño de Investigación	32
2.2. Variables	33
2.3. Operacionalización de las variables	34
.....	35
2.4. Población y Muestra.....	35
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	36
2.6. Métodos de Análisis de Datos	40
2.7. Aspectos éticos.....	40
III. RESULTADOS.....	41
IV. DISCUSIÓN.....	45
V. CONCLUSIONES.....	51
VI. RECOMENDACIONES	52

VII. REFERENCIAS :	53
ANEXO N° 01	57
ANEXO N° 02	58
ANEXO N° 03	59
ANEXO N° 04	60
ANEXO N° 05	63
EVIDENCIA DE LA RECOLECCION DE LA MUESTRA	64

RESUMEN

La investigación comprende a un estudio de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, el cual determina si existe relación entre la Depresión y la Calidad de vida en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir.

El periodo de recolección de muestra fue de enero a marzo del 2018; captando 42 adolescentes embarazadas, cuyas edades oscilan entre los 14 y 19 años, además de cumplir los criterios de inclusión para el estudio. Se utilizó el Instrumento de PHQ- 9 para verificar la presencia de depresión en las adolescentes gestantes y el test KIDSCREEN – 27 para verificar su calidad de vida en las adolescentes embarazadas.

La depresión se presenta entre los 14 a 16 años con un 16,66% y de 17 a 19 años (16.66%); es decir la depresión está presente en el 33.33% de la muestra y ausente en el 66.67%. La calidad de vida de las adolescentes embarazadas es adecuada con el 80.95%; muy adecuado con 7.14% y poco adecuado en un 11.90%. Según los resultados de la calidad de vida a las gestantes con presencia depresiva tiene el siguiente resultado: adecuado en 26.19% en las dimensiones físicas y psicológicas; muy adecuado con 2.38% en las dimensiones de escolaridad y muy poco adecuado con 4.76% en las dimensiones de autonomía y entorno social.

Se concluye que no existe relación estadística ($\alpha = 0,05$; $X^2 = 1,9316$) entre Depresión y Calidad de Vida en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Santa Isabel del Porvenir .

PALABRAS CLAVES: DEPRESION, CALIDAD DE VIDA Y ADOLESCENTE EMBARAZADA.

ABSTRACT

The investigation includes a descriptive, correlational and cross-sectional study, which determines if there is a relationship between Depression and Quality of life in pregnant adolescents treated at the Santa Isabel del Porvenir District Hospital.

The sample collection period was from January to March 2018; capturing 42 pregnant teenagers, whose ages range between 14 and 19 years, in addition to meeting the inclusion criteria for the study. The PHQ-9 instrument was used to verify the presence of depression in pregnant adolescents, and the KIDSCREEN-27 test to verify their quality of life in pregnant adolescents.

The depression occurs between 14 to 16 years with 16.66% and from 17 to 19 years (16.66%); that is to say, depression is present in 33.33% of the sample and absent in 66.67%. The quality of life of pregnant adolescents is adequate with 80.95%; very suitable with 7.14% and not adequate at 11.90%. According to the results of the quality of life to pregnant women with depressive presence has the following result: adequate in 26.19% in the physical and psychological dimensions; very adequate with 2.38% in the dimensions of schooling and very inadequate with 4.76% in the dimensions of autonomy and social environment.

It is concluded that there is no statistical relationship ($\alpha = 0.05$, $X^2 = 1.9316$) between Depression and Quality of Life in pregnant adolescents treated at the Santa Isabel del Porvenir Hospital.

KEY WORDS:

DEPRESSION, QUALITY OF LIFE AND PREGNANT ADOLESCENT.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

Uno de los problemas más importantes en la Salud Pública es el embarazo en las adolescentes; representado por 15 a 25% a nivel mundial y un incremento alarmante en América Latina y el Caribe; en el Perú, quienes son madres o están embarazadas es el 13.9%, de ellas el 10.5% son madres y el 3,5% están gestando por primera vez, estos son resultados de la Encuesta Demográfica y Salud familiar 2013 ^(1,2).

En el ser humano, la importancia de la adolescencia es un período de enorme trascendencia, pues lo que ocurra en esta etapa, será decisivo para su salud y la calidad de vida a futuro, en ella se originan situaciones de riesgo al iniciar a edad temprana las relaciones sexuales, situación más extrema que puede sucumbir en un embarazo no esperado ni deseado o el contagio de alguna enfermedad venérea o del virus del VIH, o el inicio de un cáncer a futuro, todo a consecuencia de una vida desenfadada y sin límites del actuar de la adolescente ^(3,4,5).

Las adolescentes al saber de un embarazo se exponen al riesgo de abortar en condiciones poco saludables e inseguras, lo cual es cada vez mayor; esto se ve registrado en los 3 millones de abortos al año en mujeres jóvenes⁽⁶⁾. En países en vías de desarrollo, las complicaciones derivadas del embarazo y parto, forman la causa más importante de muerte en adolescentes de 15 a 19 años ^(5,6). Y los altos índices de fecundidad en las adolescentes en Latinoamérica se debe a que no existe una suficiente anticoncepción, oportuna y regular para evitar la presencia y “el riesgo” de un embarazo ^(4,7).

Cuando una adolescente se embaraza, existe cambios de manera biológica, psicológica y social que son negativos para la madre y el niño los cuales van encadenados a través del embarazo y después del parto, con una perturbación psicológica reflejada en un cuadro depresivo, afectando de manera emocional y mental, sobre todo cuando se trata de una adolescente

abandonada por su pareja, repercutiendo en la crianza del hijo descargando su frustración de manera violenta o de una indiferencia tal en su crianza ^(7,8).

Se sabe que el embarazo en una adolescente, influye en el ambiente familiar, lugar donde se desarrolla su vida cotidiana y con quienes realizan su plan de vida o elaboran nuevos planes con el fin de adaptarse a esta situación. Tal suceso lo ven como una equivocación debido a la frustración de sus planes y las condiciones de vida, los cuales modificarán durante el embarazo y la crianza del bebé cuando este nazca, además de abandonar los estudios para encargarse el bebé se encuentre presente ^(9,10). Es por eso la importancia de implementar estrategias que aseguren la integridad sexual de la mujer adolescente para que se vea fortalecida con sus propias decisiones y evitar una cadena familiar como es, ser madres a temprana edad ^(7,8,9,10).

Por ello se debe evitar estos casos de embarazo en adolescente y empezar por casa, pues es allí donde empieza la cadena de este problema social, por carencia de comunicación y afecto, una adolescente tiende a buscar información para despejar sus dudas, o cuando están en la etapa de búsqueda de identidad de género y de autoreconocimiento, en la que deja de ser una niña, cuya transición definirá el futuro de su vida, la adolescencia. Por eso debe empoderarse de su vida personal frente a una sociedad superflua, la cual solo desean ofertar productos y servicios sin importar la individualización de la adolescente o las metas que deseen alcanzar, es allí urgente la implementación de políticas que aseguren una mejor calidad de vida de la adolescente, para así lograr decisiones en beneficio de su desarrollo personal y/o profesional y seguir con sus planes a futuro ^(5,7,10,11).

1.2. TRABAJOS PREVIOS

1.2.1 TRABAJOS INTERNACIONALES

- Huanco AD, Ticona RM, Ticona VM, Huenco AF. ⁽⁴⁾ en Ecuador 2012, en su estudio de “Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de

Salud 2012”, de casos y controles, compararon el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años), llegando a demostrar repercusiones maternas negativas como la morbilidad materna; anemia, infección del tracto urinario, enfermedad hipertensiva del embarazo e infección puerperal; así como las repercusiones perinatales negativas: prematuridad, bajo peso al nacer, desnutrición fetal, traumatismos al nacer, depresión al minuto de nacer, morbilidad y mortalidad neonatal. Concluyeron que las adolescentes tienen condiciones desfavorables socio demográficas, mal estado nutricional, alto riesgo de morbi-mortalidad materna perinatal comparadas con embarazadas adultas.

- Estrada RB, Reynaga L, Jimenez OA. ⁽²⁷⁾ en Argentina 2014, en su investigación titulada “Diferencias en la calidad de vida por trimestre del embarazo en un grupo de adolescente” la población muestral fue de 56 adolescentes. El instrumento de medición fue el cuestionario SF-36 de calidad de vida a través de una entrevista, explora 8 dimensiones del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La calidad de vida resultó bajo en todas las dimensiones en una escala de 0 al 100 sobre todo en el rol físico y dolor corporal. Las adolescentes reportaron una menor calidad de vida en el PCF (mayor limitación física y dolor corporal) a medida que progresa la gestación.
- Avila AS ⁽⁹⁾ (Ecuador.2014) .Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis. Trabajo de investigación sobre psicología clínica con el fin de identificar niveles de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas como consecuencia del abandono familiar y social durante el primer trimestre, el estudio es No experimental de tipo correlacional, se recolectó en una muestra de 52 adolescentes a través de encuestas y entrevistas así como el uso de los instrumentos para

valorar la ansiedad con la Escala de ansiedad de Hamilton (HAS) y para determinar la depresión, la escala de valoración de Hamilton (HDRS) los resultados fueron que el 46,15% de las madres gestantes presentan ansiedad más frecuente en el tercer mes del embarazo, demostraron estar a la defensiva con sus actitudes por miedo a la integridad física con irritabilidad tensional, temblores y evitando el llanto, la tristeza y la depresión, los cuales serán reflejados después con una intensidad del 48,08%, quienes fueron abandonadas por sus familiares, la mayoría procedentes de hogares disfuncionales y con un nivel educativo bajo. en la adolescentes embarazada

- Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara E.⁽²¹⁾ en México 2015, en su trabajo de investigación “Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional,” realizado a través de una encuesta nacional a 1790 mujeres de 12 a 19 años de edad, encontraron que el 20,5% tenían vida sexual activa y el 52% habían tenido un embarazo; y concluyeron que al tener embarazo previo y cohabitar con la pareja producen rezago educativo, nivel socioeconómico bajo e inasistencia a la escuela.
- Soto F, León IA, Castañeda O. ⁽²⁸⁾ Calidad de Vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derecho habientes de una unidad de medicina familiar de estado de Sonora, México 2015. Se realizó un estudio transversal y descriptivo en adolescentes embarazadas de forma aleatoria, aplicando el instrumento del SF-36 para evaluar la calidad de vida así como el Test de Apgar familiar para valorar su funcionalidad. De las 65 pacientes entrevistadas 76,9% tuvieron buena calidad de vida y el 23.1% mala, y se presentaron como disfunción familiar: severa 12.3%, moderada 38,5% y 49,2% de una familia funcional con predominio la soltería (75,4%) y de la escolaridad son 69,2% de la preparatoria, y el 53,3% corresponde a la clase obrera. La calidad de vida es buena en 8 de cada 10 adolescentes

embarazadas y la familia se mantuvo funcional en la mitad de los casos.

Lima M, Martínez JM, Guerra MD, Vargas AM, Lima JS. (11) en España 2016, en su investigación “Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia”, realizado en 256 estudiantes de 12 a 17 años de edad, de la provincia de Sevilla, uso los siguientes cuestionarios Health Behaviour in School –aged Children y el Cuestionario Kidscreen de 27 items sobre Calidad de Vida, aplicado a cinco dimensiones: física, psicológica, familiar y ocio, social y escolar. Los participantes fueron (52,7%) chicos y la edad media era de 14,6 años; se percibió la familia normofuncionales en 188 adolescentes. El IMC medio fue de 20,55; de ellos habían consumido alcohol en 68% y había fumado (42,2%).

- Meade T, Dowswell E. ⁽³⁾ en Australia 2016, “La calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes (CVRS) cambia con el tiempo” según lo demostró en un estudio longitudinal de tres años en 403 adolescentes comprendidos entre 12 a 15 años, se empleó el cuestionario KIDSCREEN – 27, en tres momentos; el cual evalúo 5 dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y relaciones con los padres, apoyo social y compañeros, y entorno escolar. Durante el tiempo hubo cambios significativos en una dimensión: apoyo social y pares; además de diferencias de género, se encontró que en las tres dimensiones: físico, psicológico y autonomía y relación entre padres, las mujeres informaron menos puntuaciones que los hombres es decir tenían menos calidad de vida en relación a la salud. Por lo que concluye que las fluctuaciones y disminuciones en las mujeres son indicadores de vulnerabilidades físicas y psicológicas.
- Valcarcel C, ⁽²⁹⁾ en Ecuador 2016 “Programa Psicoeducativo para contribuir a la mejoría de la calidad de vida de madres adolescentes usuarias del Hospital Enrique C. Sotomayor,” se realizó un programa

psicoeducativo para contribuir con la calidad de vida de las usuarias de dicho hospital con una muestra de 36 adolescentes, se usó el instrumento genérico Kindl, entrevista semiestructurada, con la cual se identificó afectaciones en las dimensiones de relación con la familia, autovaloración y bienestar emocional, las cuales en las vivencias negativas con sus familias de origen, ausencia del conocimiento personal, la inadecuada interacción familiar así como la dificultad en la toma de decisiones de las adolescentes, por ello la alternativa del Programa psicoeducativo.

1.2.2 TRABAJOS NACIONALES

- Mendoza W, Subiría G ⁽²²⁾ en Perú 2013, investigaron sobre “El Embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas”, el cual propusieron alternativas para su atención en el marco de los programas sociales y de la lucha contra la pobreza; demostrando que en los últimos 20 años, las prevalencias no se han modificado, a pesar de una leve baja en el área rural, así como el impacto de las adolescentes y sus hijos, el impacto laboral y económico, asimismo se hizo una revisión de las experiencias de otros países y su similitud con la realidad peruana destacando aquellas que podría aplicarlas en el Perú.
- Sotelo N, Sotelo L, Dominguez S, Barboza M.⁽¹⁵⁾ 2013, en un estudio comparativo “La calidad de vida de Niños y Adolescentes escolarizados de Lima y Ancash”, evaluaron a un total de 347 adolescentes y 307 niños entre 8 y 18 años de Lima y Ancash, empleando las dimensiones y sus indicadores de Shalock para determinar diferencias de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados de Lima y las zonas rurales de Áncash; en dicho cuestionario reportan diferencias significativas entre niños de Lima y Ancash con relacionadas con las dimensiones: desarrollo personal y bienestar material, encontrándose

que la población de Lima tiene mejores condiciones de vida para su desarrollo personal.

- Gomez SM, Umpire KE. ⁽³¹⁾ 2017- Juliaca Estudio sobre la inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azangaro, la investigación de tipo descriptivo correlacional, diseño no experimental, corte transversal con una muestra de 45 gestantes de dos meses de recolección, usaron como instrumento el Inventario Emocional Ice de Baron y el Inventario de Depresión de Beck, lo cual demostró que no existe una correlación directa y significativa entre la inteligencia emocional y la depresión.

- Calderón DL, Carrillo PK. ⁽³²⁾ 2017-Lima “Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años en el servicio de GinecoObstetricia del Hospital nacional “Hipólito Unanue” . Estudio cuantitativo descriptivo, correlacional de corte transversal emplearon de instrumentos dos encuestas sobre factores relacionados y la Auto escala de depresión de Zung y Conde a 224 gestantes adolescentes recolectadas en dos meses, donde se encontró que la edad media es de 17 años, son del nivel secundaria incompleta (46,6%) y son amas de casa (73,7%) y el 63,8% conviven con su pareja, dentro de los factores familiares el 49% provienen de familias nucleares, un 48% tienen problemas familiares durante su embarazo y el 23% presentan violencia psicológica. El nivel de depresión fue de 85,3% prevaleciendo la depresión severa 46%, moderada 26,3% y la leve con 13%, concluye que si existe relación estadística entre la depresión y los factores relacionados durante el embarazo (ideación suicida, discusión con la pareja y discusión familiar)

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

La proporción de mujeres adolescentes y con embarazo va en aumento, iniciando el proceso de procreación, desde un 2,0% hasta un 30,2% de 15 años a 19 años de edad como promedio, el mayor porcentaje de madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (36,2%), cuyo quintil inferior es del 23.9 % comparada con las que tienen educación superior (8,5 %) y pertenecen a un quintil superior de riqueza (5.6%) y según regiones los más vulnerables se encuentran en la zona rural con un 20,3% y en la Selva (23,7%); y, los menores porcentajes del área urbana fue de 11,9% y siendo de Lima Metropolitana (10,6%) ^(1,2).

Este incremento es diferencial con respecto a los niveles sociales, como pertenecer a poblaciones indígenas o de características socioeconómicas precarias o de marginación histórica como los grupos indígenas de la sierra y los nativos de la selva pues ellos poseen baja escolaridad en su condición educativa, lo cual trae consigo a la formación de familias a temprana edad ^(2,4). Caso contrario suceden en parejas de las grandes ciudades, quienes no tienen una unión estable ni formal, conllevando al abandono de la mujer y al hijo, configurando un problema social, como ser madre soltera, y por ende terminar buscando soluciones con personas sin la apropiada formación profesional ni las adecuadas condiciones sanitarias que valoren la dignidad de su género ^(5,6).

La marcada desigualdad de géneros es tal, que en la sociedad las normas y las oportunidades de empleo para las mujeres se ven disminuidas, trayendo como consecuencia la disminución de posibilidades en recibir educación, y esto se ve reflejada por casa desde que la mujer es excluida de una buena nutrición y quedando solo para exclusividad de las funciones reproductivas y

por consecuencia la violación de sus derechos, siendo vulneradas física, sexual y emocionalmente, es decir la condición de la mujer y la niña se ven afectadas cuando se le impide ser beneficiadas por los servicios de salud y educación ^(6,7,8).

El grupo de los adolescentes, son de buen estado general en la mayoría, sin embargo mueren de manera trágica en suicidios, accidentes, femenicidios, complicaciones relacionadas con el embarazo y algunas enfermedades prevenibles ⁽⁶⁾. Muchas enfermedades del adulto, tienen sus orígenes en esta etapa como la adicción por al tabaco o cocaína, infecciones gastrointestinales o de transmisión sexual (entre ellas VIH) por los malos hábitos o la falta de ejercicio, los cuales serán factores de enfermedad o muerte prematura cuando sean adultos ^(3,7,11,12). Las mujeres violentadas sexualmente por su pareja o por otras personas extrañas, tienen más posibilidades de sufrir trastornos depresivos, los cuales conllevan a la adicción del alcohol o estupefacientes y el doble riesgo de contraer el VIH u otra infección de transmisión sexual, y los mayores índices de problemas mentales por embarazos no deseados, traen como consecuencia la práctica de abortos ^(3, 5, 6, 9).

La Adolescencia es el periodo de transición entre la infancia y la edad Adulta, en el cual se desarrollan cambios físicos, psicológicos que se dan a partir de los 11 o 12 años hasta los 18 o 20 años, están clasificados en Adolescente Temprana(11 a 14años), Mediana (15 a 18años) y Tardía (a partir de los 18 hasta 20años). La pubertad es el punto de partida de la adolescencia, donde se desarrollan la madures sexual y la capacidad de reproducirse, por lo tanto transformaciones psicológicas, sociales y culturales, los cuales se determina de acuerdo al medio ambiente y la cultura donde se desarrollan ⁽¹⁰⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que adquiere la capacidad de reproducirse, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolidando una independencia socio económica y estos comportamientos responden a patrones regionales y transcurre entre los 10 y 20 años^(6,10,24) En Guatemala

es el periodo de cambios biopsicosociales que ocurren entre los 10 a 19 años, donde se transforma la niñez a la vida adulta, alcanzando su autonomía e independencia socioeconómica y lo clasifica en tres etapas: A. Temprana (10 a 13 años) A. Media (14 a 16 años) y A. Tardía (17 a 19 años) ⁽¹³⁾. Sin embargo en Perú se considera dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 17 años ^(2,7).

En el Perú, según RM N° 538 – 2009 del Ministerio de Salud, se considera Adolescentes a los que tienen de 12 a 17 años, para el cual existe un paquete de Atención Integral de Salud, este conjunto de intervenciones destinados al Adolescente Peruano sirven para proteger y fortalecer su salud según las etapas del ciclo de vida, enfocándose en su crecimiento y desarrollo, a través de exámenes auxiliares para verificar su nivel de hemoglobina y glicemia; brindar la suplementación de micronutrientes de acuerdo a su región y protocolo^(2,14). La salud no es solo un concepto médico, sino también social y cultural incluye tener en cuenta aspectos de la estructura económica social, y de las condiciones de vida de los adolescentes, y el derecho de que accedan al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad ^(5, 7,14).

En los años 60 y 70, se pensó que no existía patologías depresivas en el niño debido a la inmadurez de su desarrollo psíquico y menos frecuente en el adulto, entonces se empieza a admitir que esta patología depresiva se presenta según las edades y se reconocen similitudes entre adolescentes y adultos según el momento evolutivo manifestándose en tristeza, desinterés, inhibición intelectual, cogniciones negativas, trastornos del sueño, ideas y gestos suicidas^(10,11).

Los factores que desencadenan depresión en el Adolescente son: fracaso escolar, fracaso amoroso, muerte de un familiar o un amigo, divorcio de los padres, separación de los padres, segundas nupcias, hospitalización por enfermedad, inicio o cese del uso de drogas, percepción negativa del cambio, cambio de domicilio, pérdida de trabajo e inadaptación a grupos sociales. El

Síndrome Depresivo se ve manifestado en las 4 áreas: primero en la Psicomotricidad (disminuye la actividad creativa y motora, el habla y la percepción), segundo hay una autodesvalorización (pérdida del autoestima); tercero afecta el Humor Distóico (cambios frecuentes de estado de ánimo, desinterés, tristeza) y por ultimo Síndrome somático (trastornos del apetito, inapetencia y trastornos del sueño o insomnio) ^(9,10,16,17).

Tomando en cuenta que la Adolescencia tiene sus propios cambios físicos y psicológicos en el proceso de maduración a nivel físico y mental, con mayor gravedad será agregarle un Embarazo a este proceso, lo cual lo convierte en un proceso complejo para la adolescente quien tiene que distribuir sus atenciones y sus obligaciones de cumplir con la familia y la sociedad, separándose de su individualidad y alterando su etapa de vida ^(12,13,18). El embarazo en una adolecente puede llegar a término con el parto o la interrupción de la misma en un aborto, y este último puede ser de manera legal o ilegal dependiendo de las leyes de cada país ^(7,10).

La depresión según la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima revisión (CIE - 10) se encuentra dentro de los trastornos del humor o afectivo, categoría F32, los episodios depresivos con una duración de dos semanas y con los siguientes síntomas: animo depresivo, perdida de interés y de capacidad para disfrutar de la vida; fatiga ^(16,17).

En el Perú según estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, al año, más de 1 millón 700 mil peruanos presentan síntomas depresivos, según las cifras, una de cada 20 personas se deprime cada año, los cuales se presentan en mayores de 15 años ⁽¹⁹⁾. Si no se trata, la depresión se vuelve crónica, generando deterioro en el ámbito social, laboral y cognitivo, como problemas de atención, concentración y memoria llegando hasta el suicidio. Se considera a la depresión como causa de discapacidad, de acuerdo con la OMS, el 4% de la población mundial vive con depresión. El trastorno es 1.5 más común en mujeres que hombres ^(6,19, 20).

La población más vulneradas de hacer depresión son jóvenes, personas de la tercera edad y mujeres embarazadas o después del parto, sin importar la condición social, se asocia a un nuevo cambio de vida, y el rol que desempeñan, en especial a las que son madres solteras, o existe discrepancias con la pareja o la familia, los típicos momentos de tristeza en el parto pueden ser en realidad cuadros perfectamente diagnosticables, y de no hacerlo a tiempo se vuelve crónica, generando deterioro en lo social, laboral y cognitivo; manifestándose problemas de atención, concentración y memoria, incluso el suicidio (6,9,17,19,20,,21).

Por otro lado la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (7, 10). Las manifestaciones se muestran de diferentes formas según la etapa de la edad: en los jóvenes es a través de su comportamiento y en los adultos mayores se manifiestan de manera somática (presencia de dolores y enfermedades), como factores de incremento a la depresión: son los personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos(16,17).

La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y la tercera en morbilidad, seguida de las enfermedades coronarias y los accidentes de tránsito, esto se ve reflejado en los más de 300 millones de personas que viven con depresión, el cual aumentado en 18% en la última década (6,19,20). A nivel mundial 250 millones de personas sufren de ansiedad, fobias, ataques de pánico, comportamientos obsesivos-compulsivos y estrés postraumático, según el reporte, un 80% de estos afectados por salud mental viven en países de ingresos medios-bajos, sin embargo resta importancia cuando estos desórdenes afectan más a los ricos y pone a aquellos países afectados por pobreza, desempleo y conflictos sociales en mayor riesgo de ansiedad y depresión (3, 6, 20).

Diversos autores coinciden en señalar que la depresión es una enfermedad implicada por situaciones socioeconómicas y políticas, creando altos índices

de desempleo, violencia, incertidumbre laboral y pobreza, con pocas expectativas laborales, generando una inseguridad, alto consumo de alcohol, delincuencia y otro tipo de adicciones con repercusiones sociales, laborales y académicas, es decir con las peores condiciones de vida ^(9, 21). Los riesgos de un embarazo adolescente compromete la seguridad de la madre y también del niño no solo en el parto sino después en el transcurso de su vida, y de no existir una concordante relación de vínculo y afecto entre madre e hijo, desarrollará mayores problemas conductuales en el niño, una mayor deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño desarrollando problemas conductuales del niño y una mayor posibilidad de obtener un próximo embarazo en la madre ^(9,11,21).

Según Ávila ⁽⁹⁾, refiere que el embarazo es una experiencia física y emocional compleja además de ser una tensión causada por una alteración de la alimentación, el sueño y la actividad sexual, cambios que perturban el aspecto emocional y psicológico, sin embargo esto es normal para el estado de gravidez que se presenta en una adolescente embarazada. Y mucho tiene que ver estos aspectos emocionales en los cuales se desarrolla, porque se verá afectada la capacidad para resolver problemas y otros conflictos en el futuro de su vida personal.

En la década anterior se realizó un estudio de adolescentes atendidas por parto en hospitales del Perú, en 23 hospitales, se atendieron 93.589 partos, de los cuales 17.965 fueron adolescentes, con una frecuencia de 19,2 por 100 nacimientos, desde 13,3 en el hospital San Bartolomé de Lima y 30,8 en el hospital Apoyo de Iquitos; con diferencias significativas ($p < 0,01$) entre regiones naturales, siendo en la selva de 29%, costa 18,1% y sierra 17,6%⁽¹⁸⁾. Los mayores porcentajes de embarazo en adolescentes se presentaron en hospitales de la selva: Iquitos (30,8%), Yarinacocha (29,4%), Pucallpa (27,4%) y Puerto Maldonado (27,7%), similares hallazgos según ENDES Continua 2009 (27,2%) ^(1, 22)

Según Mendoza et al. ⁽²²⁾ la incidencia de embarazo en adolescentes es alta porque los niveles socioeconómicos y educativos son bajos en la selva, por ello el conocimiento de la sexualidad y la anticoncepción es escasa o nula, formando parte de la idiosincrasia de la selva en la cual aceptan el embarazo a tan temprana edad. Por ello se deduce que el objetivo principal de la joven es buscar una unión conyugal como forma de mejorar su precaria condición económica en el hogar, siendo difícil posponer la maternidad cuando no utilizan o desconocen un método anticonceptivo para evitar un embarazo precoz.

La adolescente peruana embarazada posee características de no tener grado de instrucción completa, inestabilidad conyugal y alta dependencia económica; la mayoría son ama de casa (80,2%), lo cual significa que hay mayor dependencia económica de sus familias o de su pareja ^(1,7). La adolescente madre asume roles adultos, especialmente la maternidad, para lo cual no están aptas, pues psicológicamente siguen siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente dependiente de su pareja ^(12, 14).

Según Villalobos A; et al ⁽²¹⁾ en su trabajo de investigación “El embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México”, manifestaron que la mitad (57,3%) no tuvieron educación, o estudiaron primaria o no completaron su secundaria y su bajo nivel educativo influye de manera negativa en la formación del capital humano y esto frena el desarrollo económico de la sociedad. Además de su permanencia en los estudios fue deficiente llegando hasta la repitencia y por último la deserción a los estudios por la vergüenza y el temor psicosocial que les genera su estado físico ^(21,22).

Durante el primer trimestre de embarazo, los hábitos alimenticios son influenciados por las dietas y el ayuno prolongado para evitar el aumento de peso y evidenciar el embarazo, causando la hipoglicemia y carencia de nutrientes importantes para el crecimiento del bebe, lo cual traería como consecuencia el retraso del crecimiento intrauterino ^(4,11). Y el estado civil más frecuente de la adolescentes es la soltería (30%), debido a la falta de

compromiso o de relaciones serias y que tampoco están proyectados para la crianza de un bebe, por ello k llevan una unión inestable ⁽²²⁾. Se asocia el embarazo en edades tempranas con malos resultados perinatales; desde los preconceptionales (anemia, bajo peso materno, infecciones por transmisión sexual), los cuales favorecen la desnutrición fetal, la prematurez, las hemorragias y las infecciones, de mal pronóstico para la madre y el niño por la ausencia de proteínas y vitaminas durante su desarrollo fetal ^(4,5,18).

Según Mori et al.⁽¹²⁾ en su trabajo: “Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de las adolescentes embarazadas en el Perú”, en aquellas adolescentes que sienten la estigmatización, crean una inseguridad y una deficiente lactancia materna para el bebe, pues afectan mentalmente a la madre perjudicando el autoconcepto y su autoestima, con una restricción de autogestionar su desarrollo personal, sumadas a ella la violencia de género, creando el circulo de la pobreza cada vez mayor y de manera desfavorable a la nación.

Al avanzar la ciencia y la tecnología, los adolescentes tienen una mejor situación de juzgar sobre el tipo de educación y los servicios requieren para poder tomar decisiones correctas sobre sus comportamientos sexuales y evitar embarazos no planificados. Sin embargo la mayoría de los casos es por falta de información, consejo, medidas preventivas o por tradiciones y prácticas culturales, pues el embarazo precoz es la segunda causa por la cual abandonan los estudios para hacerse cargo del recién nacido ENDES 2011^(1,2,22).

La diferencia materna se nota marcadamente en el Perú, según departamento, habiendo mayores casos en la Selva de adolescentes embarazadas o eran madres se presentan en: Amazonas con 30,5%, Ucayali (27,3%), Loreto (25,3%), Madre de Dios (23,1%), Ayacucho (22,2%) y San Martín (21,7%). Sin embargo las regiones de Lima, La Libertad, Piura y Cajamarca representan el 51.2% del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 están embarazadas ^(1,2,4).

Según el análisis crítico sobre la bibliografía consultada, el embarazo en las adolescentes trae consecuencias que repercutirán en su calidad de vida de la madre joven, la familia y en la comunidad, por ello le corresponde al Estado crear lineamientos de políticas que ayuden a disminuir las tasas de embarazo, lo cual trae consigo un riesgo importante no solo de la gestante sino de su descendencia. Dichas acciones deben empezar consolidando la constitución de la familia como núcleo de la sociedad ^(11,14,18).

Según Lima et al.⁽¹¹⁾ (España – 2016), la función familiar es un rol importante en la calidad de vida del adolescente en todas sus aspectos, es decir la familia es el núcleo de socializarse y allí se sientan las bases del autoestima y concepto; caso contrario sucede con las familias disfuncionales con alta carga de estrés y la falta de apoyo dentro de sus miembros.

Por lo tanto la Atención primaria es importante para captar la atención de los adolescentes a través de las consejerías sobre salud sexual y reproductiva, y de las enfermedades de transmisión sexual mediante consultorios privados exclusivamente para adolescentes, en el cual se realicen una labor educativa en ayuda de su formación y sus decisiones acerca del ámbito sexual y de cuáles son sus prioridades en la vida, evitando embarazos no deseados o el contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual. Asimismo el desarrollo a los cuestionarios sobre Violencia de Género para evaluar el grado de depresión que se pudiera percibir en las adolescentes. ^(2,11,13,14,18).

La calidad de vida de la población en los países en vías de desarrollo son óptimas cuando tienen una vivienda digna, una alimentación sana, educación, salud, seguridad, recreación y esparcimiento, conformando un acceso directo a las necesidades básicas y a las sanitarias, sin embargo en Latinoamérica no sucede tales hechos, sino una marcada diferencia de condiciones de vida entre la clases social alta y baja, excepto en Uruguay donde no hay una brecha diferencial entre pobres y ricos^(11,23,25).

Según Estrada, R. et al ⁽¹⁸⁾. En su estudio “Diferencias en la calidad de vida por trimestre del embarazo en un grupo de adolescente”, en 56 adolescentes, determina las diferencias en la calidad de vida por trimestre del embarazo, a través de un estudio comparativo, transversal, el cual resulto un promedio en la escala del 0-100 (a mayor puntaje, mejor calidad de vida percibida) el resultado fue de 37,7+/- 8,4 en la puntuación físico y 44,1 +/- 12,2 en el componente mental; así como una diferencias en lo físico a medida que progresa el embarazo.

Según Schalock y Verdugo, ^(8,19) calidad de vida es el estado de bienestar personal con propiedades éticas, ligadas a la cultura, los cuales tienen componentes objetivos y subjetivos, e influenciada por factores personales y ambientales, donde el individuo pueden ser más independiente y productivo, integrándose a la comunidad y estar satisfechos cuando obtienen servicios y apoyo educativo, de salud y ser habilitados por las políticas orientadas a la buena calidad de vida; sus dimensiones para evaluarlas están muy estrechamente relacionadas con los principios de la Convención sobre Derechos de las personas con Discapacidad. El tener escasos recursos económicos por no tener trabajo, ofrecen una precaria condición de vida, el cual afecta en su salud y educación .

Las poblaciones que tienen las peores condiciones de vida se encuentran en África, y en América, se destaca Haití, donde las políticas no aportan a favor de la población generando una deficiente calidad de vida y la ausencia de su desarrollo personal perjudicando su derecho natural de ser humano^(6,24,26).

En una de las asambleas General de las Naciones Unidas de 2015, en Nueva York, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, cuya estrategia es un plan con proyecciones al cambio hacia el 2030, y tiene como meta disminuir y evitar todas las muertes de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un ambiente donde se desarrollen dentro de su salud y su bienestar óptimo ^(6,24).

En el Perú se ofrece la construcción de sociedades de justicia social que contribuyan a mejorar las condiciones de vida en las mujeres, cuyos derechos se encuentran excluidos por una diferencia marcado con los roles de género (6, 20,21). En noviembre del 2013, en la ciudad de Trujillo se hizo oficial el Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes para el periodo 2013 – 2021(7).

Según la OMS, la calidad de vida, es la percepción que tiene el individuo dentro del lugar de existencia, basados en la cultura y valores en los que vives, influenciados por la salud física, su estado psicológico, su independencia, las relaciones sociales así como su interrelación con su entorno y las condiciones de vida que se le presentan, estas varían con el tiempo, espacio y de las personas dependiendo en su conjunto a las políticas sociales aplicadas por el Estado quien mejora la calidad de vida de la población con la producción de empleo, seguros de desempleo, comedores comunitarios, plan de viviendas, entre otros planes (3,6,8,11).

Para medir la calidad de vida en los países, desde hace tres décadas se elaboró el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual mide el desarrollo a partir de las siguientes variables: nivel de vida (empleo, salario medio); salud (Esperanza de vida) y la Educación. Los países con el IDH más altos son Noruega, Nueva Zelanda, Australia, Suecia, Canadá y Japón (6).

La calidad de vida surgió en los años 80 como una noción sensibilizadora acerca de la discapacidad intelectual sobre lo que es importante en la vida de las personas como un constructo medible que nos proporciona información a todas las personas implicadas a dar servicios y apoyo a los personas que lo necesitan; esto precedió en ser un marco referencial para la evaluación del personal y del desarrollo de los servicios que brindan (8,25).

Según Shalock y Verdugo (3, 8,11, 19, 25), plantearon 8 dimensiones de calidad de vida Bienestar Emocional, que lo define como la satisfacción personal, los

sentimientos de seguridad, ausencia de estrés además de sumar aspectos como la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión. Dimensión de las relaciones interpersonales (participación en actividades, tener amigos estables, buenas relaciones con la familia) y tener relaciones sociales positivas y gratificantes. Bienestar Material (aspectos de capacidad económica, ahorros y tener una vida saludable, confortable y satisfactoria). Bienestar de Desarrollo personal (oportunidad de integrarse al mundo laboral con motivación y desarrollo de competencias personales). Bienestar Físico (atención sanitaria con respecto al dolor y la medicación y de su influencia en las vidas cotidianas). Autodeterminación (autonomía personal y de proyectos de vida). Inclusión Social (participación y acceso a la integración a la sociedad). Y la defensa de los Derechos, para lo cual deben conocer acerca de los derechos propios de la ciudadanía.

La calidad de vida está siendo estudiada por la relación que tiene con la salud, dando inicio a la formulación de cuestionarios, test para la medición de la misma, algunos la definen como la repercusión de la enfermedad o la salud en la realización de sus actividades diarias y de cómo esta influyen en la dimensión social, y personal ^(3, 8, 11, 25).

La calidad de vida del adolescente guarda estrecha relación con los estilos de vida y su actividad física, además de reflejar el comportamiento de su entorno familiar y de sus amigos para adquirir hábitos que determinen su calidad de vida durante el proceso de estado gravidez y posterior educación de su descendencia. Además el tener una imagen positiva de si mismo eleva el nivel de autoestima, el autoconcepto, lo cual favorece su integración al desarrollo personal ^(11, 18, 23, 26, 27, 29).

La calidad de vida son los modos que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir, se lo mide por ciertos indicadores observables, los cuales medirán la eficacia de los servicios de salud hacia la población ⁽¹¹⁾. Sin embargo existen test de evaluación sobre la calidad de vida que evalúa cinco áreas: Bienestar físico (con conceptos como la salud, seguridad física); bienestar material (alusión a ingresos,

pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y el bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad) (8, 23,25,26).

Los derechos de la vida para los niños y Adolescentes es tener una buena calidad de vida en un ambiente sano y digno, básico para el desarrollo digno de un ser humano, presente desde la concepción con acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado vivienda y recreación, además de los servicios públicos dados por el Estado y sus políticas (11,15, 23,). El conocimiento de un ambiente de estabilidad emocional que le transmita felicidad hará que en el futuro estos niños y adolescentes impulsen a diseñar políticas, planes y programas de calidad para el desarrollo como seres humanos maduros y desarrollados (6,23, 27,28, 29).

El empobrecimiento y la desigualdad económica, trae la desunión familiar, patologías mentales asociadas al estrés y depresión, incrementándose los índices de intento de suicidio, agresiones físicas, verbales, trastornos del autoestima, trastornos de sueño y ausencia de proyectos en los padres, los mismos que serán transmitidos a la vida de sus hijos niños, adolescentes y jóvenes y se convierten en víctimas de la violencia intrafamiliares, lo cual no favorece en el desarrollo de calidad del potencial humano de cada país (8, 23,25,26,27,28).

Los instrumentos de KIDSCREEN fueron creados para evaluar la salud y el bienestar subjetivo de los niños y adolescentes sanos y enfermos a través de su percepción de la calidad de vida; el proyecto se desarrolló en 13 países europeos de manera simultánea. Dicho proyecto fue financiado por la Comisión Europea dentro de la “Calidad de vida y gestión de los recursos vivos” (3, 24, 25, 35) De ello se consideraron tres instrumentos: KIDSCREEN 52, KIDSCREEN 27 y KIDSCREEN 10. Existe versiones para niños, adolescentes y padres, los cuales fueron adaptados según su idioma, edad y género. El KIDSCREEN27, contiene ítems derivados del de la versión de 52 items nos permite información del perfil de salud para cinco dimensiones: bienestar

Físico, bienestar Psicológico, Autonomía y relación padres, Amigos y apoyo social y de su Entorno escolar ^(26,35) .

En el Perú, existen programas con el objetivo del desarrollo físico y emocional para los adolescentes los cuales se están desarrollando en cada región del territorio peruano, asimismo como en la ciudad de Trujillo se realizan políticas multisectoriales en pro de los Adolescentes; con el fin de evitar los embarazos, debido que el 49.2% de la población en el Perú son adolescentes y de ellos el 12.5% son mujeres embarazadas o ya son madres y de ello la principal causa de muerte por aborto en lugares clandestinos que puedan afectar la salud o la muerte de la madre ^(6,21) .

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMÁTICA

¿Cuál es la relación entre la depresión y la calidad de vida en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir de Enero a marzo de 2018?

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene como objetivo la salud de la embarazada en la etapa de la adolescencia y saber cuál es su entorno personal y social en el que vive y desarrolla su estado gestacional. Se conoce que el inicio de las relaciones sexuales se incrementa con mucha precocidad trayendo como consecuencias embarazos de una relación amorosa no estable y el cual tienen que deshacer de su mundo habitual para afrontar el hecho de ser madres a tan temprana edad. Así como las calidad de vida se ve afectada por el estado de gravidez de la adolescente de forma individual, en pareja, en familia y de manera colectiva por la carencia de la experiencia vital para hacerse responsable de un nuevo ser, por ello se quiere conocer algunas características en cuanto a la afectación de la calidad de vida durante la gestación y de esta manera tener un conjunto de medidas en su salud reproductiva para prevenir, detectar precozmente y su posterior rehabilitación. Así como el tipo de depresión que genera un

cambio de vida en lo personal, familiar y social de las Adolescentes del distrito del Porvenir, y de esta manera conocer la situación emocional y su entorno al verse truncado los estudios, para implementar estrategias o políticas para evitar el abandono de sus aspiraciones personales así como los estudios que le ayudaran a elevar su calidad de vida cuando haya finalizado alguna profesión o carrera técnica para un nivel óptimo dentro de la sociedad.

1.6. HIPÓTESIS

H¹: La depresión y la calidad de vida se relacionan en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir.

H^o: La depresión y la calidad de vida no se relacionan en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir.

1.7. OBJETIVOS

1.7.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si existe relación entre depresión y la calidad de vida en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir durante enero a marzo del año 2018.

1.7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.7.2.1** Identificar la depresión en las adolescentes embarazadas según su edad, grado de Instrucción, trimestre del embarazo, tipo de familia y estado civil del Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir.
- 1.7.2.2** Identificar la depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir.
- 1.7.2.3** Identificar la calidad de vida según sus dimensiones de bienestar física, psicológica, autonomía personal, social y

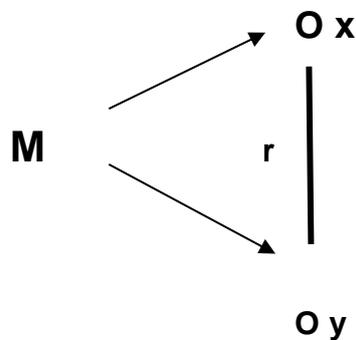
escolaridad en adolescentes embarazadas del Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir.

- 1.7.2.4** Determinar la relación entre depresión y calidad de vida en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir.

II. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de Investigación

El diseño utilizado es No experimental, Descriptivo Correlacional Simple ⁽³⁰⁾, pues se examinó la relación o asociación existente entre Depresión y Calidad de Vida, en las Adolescentes Embarazadas.



Dónde:

- M: Representa la muestra considerada para el estudio: Adolescentes Embarazadas
- X: Representa la variable: Depresión
- Y: Representa la variable: Calidad de Vida

- r: Representa la relación y correlación que existe entre las variables

2.2. Variables

1º. VARIABLE : La Depresión en Adolescentes embarazadas

- Ninguna: Menor de 10 puntos
- Leve: De 10 a 14 puntos
- Moderado: De 15 a 19 puntos
- Severa o Grave: De 20 a 30 puntos

2º. VARIABLE : Calidad de Vida en Adolescentes embarazadas.

- Poco adecuada: De 64 a menos puntos
- Adecuada De 65 a 100 puntos
- Muy adecuada De 101 a 135 puntos

3º. V. INTERVINIENTES

- Edad 12 a 13 años de 14 a 16 años y de 17 a 19 años (Adolescencia Temprana Media y Tardía según el Ministerio de Salud de Perú y OMS).
- Grado de Instrucción: Primaria (1º a 6º), Secundaria (1º a 5º.)
- Trimestre del Embarazo: I, II, III
- Tipo de Familia : Nuclear, Extensiva, Disfuncional
- Estado Civil: soltera, conviviente

2.3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE 1 Depresión en la adolescente embarazada	Es un trastorno mental y afectivo, como forma de expresión de dolor que se manifiesta con síntomas psíquicos y somáticos: tristeza profunda, pérdida de interés o placer que perdura por dos semanas y se presenta en la mayor parte del día de la embarazada (4,16).	Se evaluaron a las adolescentes embarazadas, mediante la aplicación del cuestionario PHQ -9, el cual consta de 8 preguntas cerradas, según la escala de Likert, considerando: no depresión, depresión leve, moderada y grave.(25)	AUSENTE: - No Depresión: menos de 10 pts PRESENTE Más de 10 puntos	ORDINAL
VARIABLE 2 Calidad de vida en la adolescente embarazada	Es el bienestar físico, mental y social de la adolescente embarazada a través de su entorno personal, familiar y social (23)	Se evaluaron a las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir, la calidad de vida mediante la aplicación del cuestionario KIDSCREEN – 27 el cual consta de 27 preguntas cerradas, según la escala de Likert, considerando las dimensiones de bienestar emocional, físico, material social y de desarrollo personal(3,11,15)	-MUY ADECUADA De 100 puntos -ADECUADA De 65 a 100 pts -POCO ADECUADO Menor 65 puntos	ORDINAL
VARIABLES INTERVINIENTES	Son características de la población muestral y la descripción donde se desarrolla el periodo gestacional. Aunque no son objetos de estudio, sin embargo puede alterar los resultados entre el problema y la posible causa (30).	ADOLESCENTE EMBARAZADA: Estado fisiológico de la mujer de los 12 a 19 años que se inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del producto.	Paciente atendida en el Hospital Santa Isabel por la presencia del embarazo	NOMINAL
		EDAD: tiempo de una persona que ha vivido, desde que nació hasta la actualidad.	- De 12 a 13 años -De 14 a 16 años -De 17 a 19 años	ORDINAL
		GRADO DE INSTRUCCIÓN: es el tiempo de estudios realizados por la adolescente.	-Primaria -Secundaria - Superior	ORDINAL
		TRIMESTRE DE EMBARAZO: duración del embarazo dividido en tres periodos.	- I Trim (1 -12 ss) -II Trim (13 -27 ss) -III Trim (28- 40 ss)	ORDINAL
		TIPO DE FAMILIA: forma de estructura familiar donde nació y creció según los integrantes que la conforman	-Nuclear (padres e hijos) - Disfuncional (solo con un padre o una madre) -Extensiva (tíos, abuelos)	NOMINAL
		ESTADO CIVIL: condición de la persona relacionada con los derechos y obligaciones civiles	-Estado Civil (soltera o conviviente)	NOMINAL

2.4. Población y Muestra

a) POBLACION MUESTRAL:

Estuvo formado por todos los casos de mujeres embarazadas de 12 a 19 años, registrados durante los meses de enero a marzo del 2018 en el Hospital Distrital de Santa Isabel del Porvenir.

b) CRITERIOS DE INCLUSION

- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 que asisten a su atención prenatal.
- Adolescentes embarazadas en cualquier trimestre del embarazo.
- Adolescentes embarazadas que acepten participar voluntariamente y con su consentimiento de la investigación.

c) CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Adolescentes embarazadas por violación.
- Adolescentes con abortos previos al embarazo actual.

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.5.1 Técnicas: Encuesta

2.5.2 Instrumentos. Se empleo dos cuestionarios para medir el grado de depresión y la calidad de vida de las Adolescentes embarazadas y una ficha de datos personales para el estudio.

Para el estudio se utilizó una Encuesta dividido en tres secciones:

PRIMERO: Para identificar a la adolescente gestante se recolecta los datos personales y su entorno familiar, así como sus antecedentes gineco-obstétricos y el consentimiento informado antes de realizar la encuesta. **Anexo N° 01**

SEGUNDO: Se empleó la versión en español del auto-reporte Patient Health Questionarie (PHQ-9), en la población adolescente, el

mismo que fue empleado como consultante de la atención primaria de Salud en Chile y Colombia. Resultó ser una herramienta válida y confiable para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad de Cartagena⁽²⁵⁾. El PHQ-9 fue validado desde los años 90 para el diagnóstico de los cinco trastornos mentales más comunes y se originó con el Proyecto Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME- MD) a través del cual permite detectar sintomatología depresiva leve, moderada o severa, y ha demostrado ser un eficiente instrumento de diagnóstico en Chile, Argentina y España ⁽²⁰⁾. **Anexo n°2**

Su valoración según el puntaje es el Sgte:

- AUSENTE: menos de 10 puntos
- PRESENTE: De 10 a 27 puntos.

TERCERO: Para medir la calidad de vida se utilizó el KIDSCREEN-27, este instrumento es una selección de preguntas del KIDSCREEN-52 y tiene 5 dimensiones, con un total de 27 ítems y sus indicadores será de acuerdo a la puntuación ^(3.11).

- **Bienestar físico** (5 ítems) explora el nivel de actividad física, energía y estado físico del adolescente.

- * Poco adecuada: De 0 a 9 puntos
- * Adecuada: De 10 a 19 puntos
- * Muy Adecuada: De 20 a 25 puntos

- **Bienestar psicológico** (7 ítems) examina el bienestar psicológico de adolescente, incluye emociones positivas y satisfacción con la vida, así como la ausencia de sentimientos de soledad y tristeza:

- * Poco adecuada: De 0 a 14 puntos
- * Adecuada: De 15 a 24 puntos
- * Muy Adecuada: De 25 a 35 puntos

- **Autonomía y relación con los padres** (7 ítems) explora la calidad de la interacción entre la adolescente y sus padres, atmósfera familiar, apoyado por la familia, nivel de autonomía percibido, y satisfacción con los recursos económicos:

- * Poco adecuada: De 0 a 14 puntos
- * Adecuada: De 15 a 24 puntos
- * Muy Adecuada: De 25 a 35 puntos

- **Apoyo social y pares** (4 ítems) explora la calidad de la interacción entre la adolescente con sus pares:

- * Poco adecuada: De 0 a 8 puntos
- * Adecuada: De 9 a 15 puntos
- * Muy Adecuada: De 16 a 20 puntos

- **Entorno escolar** (4 ítems) explora la percepción de la adolescente de su capacidad cognitiva, aprendizaje y concentración y sus sentimientos acerca de la escuela ⁽¹¹⁾.

- * Poco adecuada: De 0 a 8 puntos
- * Adecuada: De 9 a 15 puntos
- * Muy Adecuada: De 16 a 20 puntos

Los 27 ítems son respondidos en escala de Likert, con 5 niveles de respuesta, que va desde nada a muchísimo o desde nunca a siempre. **Anexo n°3**

Su valoración según el puntaje total para medir calidad de vida es el Sgte:

- Poco Adecuada : De 64 a menos puntos
- Adecuada: De 65 a 100 puntos
- Muy Adecuada: De 101 a 135 puntos

2.6.0 Validez y Confiabilidad

2.6.1 Validez y Confibilidad del PHQ-9:

En una muestra de 6000 pacientes de las 27 preguntas que se inició, se redujeron a 9 preguntas con el Patient Health Questionnaire, con el propósito de establecer un diagnóstico en un meta-análisis de 17 estudios de validación concluyeron que es útil comparado con otros de mayor cuestionario y pueden aplicados a diferentes poblaciones ⁽⁹⁾.

Según Cassiani Miranda, CA, Vargas Hernandez MC, Perez Anibal E, Herazo- Bustos MI, Hernandez Carrillo M, ⁽³⁴⁾ estudio la estructura factorial y la confiabilidad del PHQ-9 en una muestra de 550 estudiantes. Se hizo un análisis factorial confirmatorio, y se estimó la consistencia interna con el coeficiente alfa de Crombach y el omega de Mc Donald.

Según Avila Romero A, la proporción de la varianza explicada por los factores estuvo entre 0,243 (ítem 5) y 0,587 (ítem 2). El coeficiente alfa de Crombach fue de 0,830 y, el omega de McDonald, de 0,89 ⁽⁹⁾.

Demuestra una sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos, al compararla con la escala de Hamilton-D ⁽³³⁾

2.6.2 Validez y Confiabilidad del KIDSCREEN 27

Según Meade T y Dowswell E ⁽³⁾ evaluó la validez del constructo y de contenido, la consistencia interna, la fiabilidad interobservador e intraobservador y la sensibilidad al cambio. Se encuestaron 161 niños y adolescentes sanos de 3 instituciones educativas y 160 niños y adolescentes enfermos, 81 con enfermedades de menos de 3 meses de evolución y 79 de más de 3 meses de evolución, hospitalizados o ambulatorios, de 3 instituciones de salud, 2 privadas y 1 pública. La validez del constructo es satisfactoria, el cálculo del

análisis factorial explica el 56% de la varianza y la fiabilidad de las dimensiones, el alfa de Crombach es $> 0,70^{(26,35)}$.

2.6. Métodos de Análisis de Datos

- Se establecieron categorías para cada indicador de las variables en estudio.
- Los datos recolectados para el estudio se registraron en una base datos creados para el estudio, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0; los resultados se presentaron en tablas de una y doble entrada de frecuencias absolutas, relativas y graficas según sus objetivos.
- EL análisis estadístico gira en torno a la relación entre Depresión y Calidad de Vida, en la cual se emplearon la prueba No Paramétrica de independencia de criterios utilizando la distribución del Chi Cuadrado (X^2) con un nivel de significancia del 5% para el objetivo específico y una tabla correspondiente.
- Para garantizar la originalidad del presente trabajo se utilizó como herramienta Turnitin, el cual controla los potenciales contenidos no originales mediante una comparación de los documentos enviados a varias bases de datos, utilizando un algoritmo propietario, mostrando las coincidencias de texto con otros documentos, así como un enlace al documento original.

2.7. Aspectos éticos

Según los principios básicos de la Declaración de Helsinki, el presente trabajo de investigación contempló los principios éticos del Reporte Belmont del respeto a las personas, por la cual se protege la autonomía de las personas con el menor grado de intervención. Además la Pauta 1, 4 y 5 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (Ginebra; 2002); refiere que los estudios en seres humanos sean aceptados por los acuerdos científicos y por la bibliografía pertinente, además del consentimiento informado de los participantes ⁽³⁶⁾.

III. RESULTADOS

TABLA 01 Depresión en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir . Enero – Marzo 2018

CRITERIOS	DEPRESION				TOTAL	
	AUSENTE		PRESENTE		N°	%
	N°	%	N°	%		
EDAD						
- DE 12 - 13	0	0	0	0	0	0
- DE 14 – 16	10	23.81	7	16.66	17	40.47
- DE 17 – 19	18	42.85	7	16.66	25	59.53
G.INSTRUCCION						
- PRIMARIA	6	14.29	3	7.14	9	21.43
- SECUNDARIA	22	52.38	10	23.81	32	75.19
- SUPERIOR	0	0	1	2.38	1	2.38
TRIM.EMBARAZO						
- I TRIMESTRE	0	0	0	0	0	0
- II TRIMESTRE	12	28.57	4	9.52	16	38.10
- III TRIMESTRE	16	38.09	10	23.81	26	61.90
TIPO FAMILIA						
- NUCLEAR	14	33.33	8	19.05	22	52.38
- DISFUNCIONAL	11	26.19	5	11.90	16	38.10
- EXTENSIVA	3	7.14	1	2.38	4	9.52
ESTADO CIVIL						
- SOLTERA	9	21.43	4	9.52	13	30.95
- CONVIVIENTE	19	45.24	10	23.81	29	69.05

FUENTE: Recolección de datos con instrumento de afiliación.

Interpretación :

Observamos del total de las 42 adolescentes embarazadas se clasificaron en las que tienen depresión corresponde al 33.33% las cuales corresponde 16.66% , cuyas características de las adolescentes con presencia depresiva corresponde al grado de Secundaria, con 23.81%, y están en el III trimestre de embarazo (23.81%), proveniente del tipo de familia nuclear (19.05 %) y cuyo estado civil es la convivencia (23.81%)

Tabla 02 Depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir de enero a marzo de 2018.

DEPRESIÓN ADOLESCENTES EMBARAZADAS	NRO.	%
Presente	14	33.33
Ausente	28	66.67
TOTAL	42	100

FUENTE: Recolección de datos con instrumento de PHQ- 9

Interpretación :

Observamos la depresión las gestantes adolescentes con depresión presente corresponde 33.33% y 66.67% son adolescentes ausentes de depresión, un total de 14 casos con depresión y 28 gestantes adolescentes ausentes de depresión.

Tabla 03 Calidad de vida según sus dimensiones de bienestar físico, psicológico, autonomía personal, social y escolaridad en adolescentes embarazadas del Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir de enero a marzo 2018.

CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES	ADOLESCENTES	
	N°	%
FISICO		
Poco adecuado	2	4.76
Adecuado	39	92.86
Muy adecuado	1	2.38
PSICOLOGICO		
Poco adecuado	4	9.52
Adecuado	37	88.10
Muy adecuado	01	2.38
AUTONOMIA		
Poco adecuado	7	16.67
Adecuado	34	80.95
Muy adecuado	1	2.38
SOCIAL		
Poco adecuado	4	9.52
Adecuado	30	71.43
Muy adecuado	8	19.05
ESCOLAR		
Poco adecuado	0	0
Adecuado	27	64.29
Muy adecuado	15	35.71
TOTAL	42	100.00

FUENTE: Recolección de datos con instrumento de KIDSCREEN -27

Interpretación :

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida los resultados de poco adecuado se encuentra en la dimensión de autonomía (16.67%) así como en las dimensiones psicológicas y sociales con 9.52% respectivamente, existe los resultados adecuados en las dimensiones físicas (92.86%), psicológico (88.10%) y de autonomía (80.95%), y las dimensiones que lideran con muy adecuado corresponden a la dimensiones de la escolaridad (64.29%) y de lo social con 9.52%.

Tabla 04 Relación entre depresión y calidad de vida en las adolescentes embarazadas del Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir de enero a marzo 2018.

CALIDAD DE VIDA SEGÚN LAS DIMENSIONES	DEPRESION				TOTAL		MEDIDAS ESTADISTICA S $\alpha=0,05$
	AUSENTE		PRESENTE				
	N°	%	N°	%	N°	%	
- POCO ADECUADO	1	2.38	2	4.76	3	7.14	$X^2 = 1.9316$ P= 1.386
- ADECUADO	23	54.76	11	26.19	34	80.95	
- MUY ADECUADO	4	9.52	1	2.38	5	11.90	
TOTAL	28	66.67	14	33.33	42	100.0	

FUENTE: Datos recopilados con los Test de PHQ-9 y KIDSCREEN – 27

Interpretación :

Dentro del grupo de adolescentes gestantes, la calidad de vida es adecuada en un 80.95%, de ellas el 26.19% con depresión presente y el 54.76% con depresión ausente. De todas las dimensiones predomina el adecuado con 80.95%, muy adecuado 11.90% y poco adecuado el 7.14%.

Al analizar estadísticamente la relación entre la calidad de vida y la depresión en adolescentes gestantes del Hospital Santa Isabel del Porvenir, nos planteamos la hipótesis nula que no existe relación entre la adecuada calidad de vida y la presencia de depresión; analizado mediante la prueba chi cuadrado, hallándose un grado de significancia de 1,386 mayor que 0.05 ($p > 0,05$) por lo que se acepta la hipótesis nula.

IV. DISCUSIÓN

El embarazo es una experiencia física y emocional con cambios en el aspecto fisiológico y psicológico de una persona, lo mismo sucede cuando una persona se encuentra en la etapa de la adolescencia en el cual la transición de la niña a mujer se ve afectada, desencadenando perturbaciones psicológica y la poca capacidad de desarrollarse físicamente así como el resolver sus problemas y conflictos cotidianos propias de su edad y de su estado gestacional.^(17,19,22)

Observando la **tabla 1** sobre las características de las embarazadas con depresión están presentes entre las edades de 14 a 19, con un total de 14 casos correspondiente al 33% del total de la muestra las gestantes con depresión son: tener grado de instrucción secundaria (23,81%), pertenecen al tercer trimestre (23.81%), proceden de familias nucleares (19.05%) y su condición es ser conviviente (23.81%).

Según Huanco AD⁽⁴⁾ en su estudio acerca de las consecuencias de las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de sufrir manifestaciones negativas tanto en la madre como en el bebé por el mal estado nutricional, prematuridad del recién nacido comparada con las embarazadas adultas. Aumenta el riesgo de las mismas por los factores de la alimentación y el desarrollo del bebé en el vientre materno generando en la madre, anemias e hiperémesis por el embarazo, además de tener dietas insuficientes para no ver aumento de peso o que cambien su aspecto físico.

Asimismo en otro estudio de Avila-Romero AS ⁽²⁹⁾ refleja mayor incidencia de depresión en el tercer mes de embarazo, sin embargo comparado con nuestro estudio no se reportaron casos de embarazo durante los primeros tres meses del embarazo, se evidencia a partir de la segundo trimestre de gestación cuando acuden a primer control pre natal.

En México, el estudio de Villalobos⁽²¹⁾ reportó que el cohabitar con la pareja produce el abandono escolar o el rezago de la misma, a las adolescentes embarazadas del Porvenir, tienen claro el tema de la familia, por lo cual sacrifican

el tiempo necesario entre los estudios y los cuidados prenatales, sin que esto sea un obstáculo para terminar sus estudios secundarios y/o superiores, porque se entiende que el no tener recursos económicos disminuye su calidad de vida afectando su salud y la educación de ambos, pues en su mayoría de las gestantes tienen el apoyo de sus padres para continuar con los estudios. En nuestro estudio se manifiesta una convivencia del 69,05% de las adolescentes embarazadas y de ellas el 23,81% corresponden a gestantes con presencia depresiva.

En un estudio realizado en Lima por Calderon DL⁽³²⁾ en el Hospital Hipolito Unanue, se encontró una realidad parecida a nuestra investigación, en el que las adolescentes embarazadas tienen como características la edad media es 17 años, son del nivel secundaria (44,6%), son amas de casa 73,7% y el 63,8% conviven con su pareja, además de proceder de familias nucleares (48%).

Según las estadísticas del área de salud, de la provincia de Trujillo, el Porvenir presenta 10,3% incidencia de embarazo en adolescentes, lo cual no se aleja de la realidad según lo expresado a nivel Latinoamérica que corresponde el 13% y menor comparado con Medellín, donde la prevalencia es de 32,8%, y aun menor con los datos reportados en otros lugares del Perú como Amazonas (30,5 %) o San Martín con 21,7% de su población de mujeres en edad adolescente^(6,14,26).

En la tabla 2 observamos las gestantes adolescentes con depresión presente en 14 casos corresponden 33,33% y 66,67% son las adolescentes gestantes ausentes de depresión; según la OMS, las mujeres con depresión son violentadas sexualmente generando los embarazos no deseados ⁽⁶⁾ Se estima que la depresión está presente en personas con ingresos económicos bajos, esto es reflejado en las adolescentes gestantes que llevan una dependencia económica de los padres y/o de la pareja. ^(5,6,11)

La depresión a nivel mundial es conocida por ser frecuente en una de cada veinte personas, según el Instituto Nacional de Salud Mental en el Perú, y en Trujillo esto nos indica la existencia de un alto índice de depresión en esta zona del Porvenir, pues de toda la muestra observada se visualizan 14 pacientes adolescentes y embarazadas con síndrome depresivo ^(6,15).

Empezar desde la familia hasta la sociedad, con un valor agregado de una buena salud preconcepcional, debe ser la consigna de los padres para desarrollar el cumplimiento de sus aspiraciones personales con la búsqueda de un trabajo ya sea como empleado o futuro empresario, en el marco de un clima favorable con sus compañeros de clases o de trabajo y que no impida la realización de sus sueños con un entorno de inseguridad y violencia de género, esto genera un clima agradable para mantener una buena calidad de vida (12,18, 22, 28, 29).

Según Calderón DL⁽³¹⁾, en su estudio realizado en Lima, "Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años en el servicio de GinecoObstetricia del Hospital nacional "Hipolito Unanue", la depresión fue de 85,3%, de las cuales prevaleció la depresión severa con 46%, lo cual concluyo que si existe relación estadística significativa entre la depresión y los factores relacionados durante el embarazo .Sin embargo en Juliaca, para Gomez Barrios SM⁽³⁰⁾ estudió sobre la inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas; demostró que no existe correlación significativa en una muestra de 45 gestantes adolescentes.

En la Tabla 3 observamos que los resultados de la calidad de vida son de poco adecuado en la dimensión de autonomía (16.67%) y en las dimensiones psicológicas y sociales (9.52% en cada dimensión), presentan como adecuado en las dimensiones físicas (92.86%), psicológico (88.10%) y de autonomía (80.95%), y las dimensiones que lideran con muy adecuado corresponden a la dimensiones de escolaridad (64.29%) y lo social con 9.52%.

La calidad de vida es un constructo global y multidimensional que configura la satisfacción de la vida, dichas atributos se proyectan bajo la doble percepción objetiva y subjetiva, en las diferentes dimensiones físico mental y social en la cual se desenvuelve el individuo dentro de una sociedad, y la interacción con las políticas de su comunidad o estado. Para iniciar una buena calidad de vida es necesario que las adolescentes tenga un empoderamiento autónomo, quienes se valen por su propios meritos al desarrollar su propia personalidad, empezando por los colegios y el entorno familiar, es decir que ellas deben ser tan consideradas como el hijo varón, porque de ellas nacerán bebés cuyos pesos seran adecuados o no dependiendo de las condiciones de salud que se encuentren al momento del embarazo; es importante por ello la igualdad de género^(3, 30) .

En el aspecto físico, las adolescentes gestantes del hospital Santa Isabel del Porvenir, no difieren su calidad de vida que poseen pues asumen roles de una gestante adulta, además de no tomar conciencia del gran cambio que se realizará en su aspecto físico, como la atribución y de una perspectiva favorable como el crecimiento de los pechos para la alimentación del bebe cuando este nazca^(7,12).

En el aspecto psicológico es favorecido por tener una pareja estable y consentida durante el embarazo produciendo su estabilidad emocional y mental a pesar que ellas siguen siendo niñas cognitivamente y que no ejercen las funciones de esposa por mantener una relación a distancia o de no convivencia en muchos de los casos y con respecto a la autonomía, como es de conocimiento las adolescentes tienen una alta dependencia económica de los padres, esto se ve reflejado como poco adecuado (16.67%) sin embargo esto se modifica con el estado gestacional que se ve favorecida por la atención que recibe por parte de la pareja o de los padres facilitándole económicamente para sus respectivos antojitos ^(18,19) .

Con respecto a lo social ellas no se ven disminuidas o avergonzadas frente a la sociedad, esto se refleja en los resultados de adecuado (71.43%) y muy adecuado (19.05%), sumado a esto las condiciones de vida varían según las personas y las costumbres de cada población, y se conoce que la mayoría por no decir todos provienen de las serranías, lo cual ven el embarazo en las adolescentes como un hecho normal, por ello la calidad de vida en estas gestantes no se ven opacadas por su estado gestacional, prueba de ello ven la llegada del bebe para un cambio en su vida y la oportunidad de buscar un trabajo o alguna actividad remunerativa que ayude a solventar los gastos generados por la llegada del bebe ^(21, 23, 24).

La inseguridad y el rechazo de la sociedad frente al embarazo influyen en la calidad de la lactancia materna para el bebe, afectando el auto concepto y restringiéndose en su desarrollo personal, lo cual genera un círculo de pobreza cada vez mayor, lo cual impedirá el desarrollo del bebe y sus futuras generaciones transmitiendo el mismo mensaje a su descendencia, es por ello la búsqueda e insistir en estrategias para evitar embarazos precoces en los diferentes áreas del territorio nacional evitando periodo intergeneracional cortos,

después de un embarazo no deseado para lo cual es necesario la planificación familiar de larga duración (1,5,18,22).

Así en Ecuador, Valcarcel C.⁽²⁹⁾ en su afán de contribuir con las mejoras en su calidad de vida de las gestantes embarazadas, desarrolló un programa psicoeducativo y al entrevistar a las adolescentes identificó las afecciones que padecen a las dimensiones de la calidad de vida fueron la nula relación con la familia, no existe la autoaceptación y la autovaloración y la falta de toma de decisiones por parte de las adolescentes embarazadas. Una persona con baja autoestima refleja un grado de necesidad extrema en su aspecto personal, por ello es necesario reforzar el autoestima de las adolescentes embarazadas para que no se sumerjan en un mundo de frustraciones e indicadores negativos que terminan con los buenos deseos y anhelos de una adolescente con vivencias positivas.

Observando la escolaridad dentro del nivel de calidad de vida esta considerado como adecuado (64.29%) y muy adecuado (35.71%) lo cual nos da la esperanza de la continuidad de su enseñanza, por lo menos terminar el colegio, sin percibir el embarazo como un obstáculo en la continuación de sus estudios. Caso contrario se ha reportado en los estados de México, donde la deserción escolar es abrumadora (57,3%) por lo tanto nos lleva a predecir que la formación del futuro capital humano para ese distrito será diferente en las futuras generaciones (15,16,20).

A pesar de que se ha implementado diversas estrategias nivel nacional, en Trujillo aun no toma fuerza la estrategia de brindar una atención personalizada con énfasis en la educación sexual y reproductiva así como una adecuada salud mental y porque no, de una salud ambiental, por ello el deber de comprometer a las autoridades de Salud así como las autoridades regionales y municipales encargadas de llevar los programas en pro de la salud de las madres con bajos recursos económicos, porque un niño bien alimentado tendrá mejor visión de la vida y con proyecciones favorables de cambiar su entorno y desarrollar su autonomía personal con el apoyo familiar y de la sociedad.

Por otro lado el tener un bebe a temprana edad, las madres disfrutan junto a su familia unida, ver el desarrollo de su descendencia y dependerá de su autodesarrollo personal como madre a temprana edad, claro está que las condiciones deben ser favorables sin ser causa la marginación el que conlleve la diferencia de sexo, porque ambos deben tener las mismas oportunidades de lograr sus metas, con el apoyo de la madre así como de la pareja y con ello el incentivar la paternidad responsable, de esta manera mejorara la calidad de vida de una adolescente.

Observando la tabla N° 04 Considerando la relación entre la depresión y la calidad de vida en las adolescentes embarazadas refleja con mayor frecuencia como adecuado en el 80:95%, asimismo las pacientes con depresión consideran su calidad de vida como adecuada en el 26.19%, frente a un 54.76% de las pacientes que no poseen cuadros depresivos.

Sin embargo para medir la calidad de vida según Senge⁽³⁶⁾ para mejorar sus cualidades y capacidades debe implementarse estrategias que apoyen su aprendizaje así como la integración de nueva información para aumentar sus capacidades dentro del círculo social, el desarrollo personal y el logro de sus objetivos al momento de tomar sus decisiones como es el caso de una adolescente gestante y estudiante para organizar su futuro personal y el de su bebe y por eso debe de tomar en cuenta varios criterios como formar un hogar y el de continuar con los estudios para ser alguien con mejores expectativas en la vida, para evitar carencias que demanda el tener un bebe a corta edad, lo cual se ve mejor balanceado al muy adecuado con 11.90% .

Por lo antes investigado no se haya evidencia estadística de asociación entre calidad de vida y la depresión en las adolescentes embarazadas, aunque existe correlación entre las dimensiones de la calidad de vida en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital del distrito del Porvenir

V. CONCLUSIONES

Al final del estudio se concluye lo siguiente:

- La Depresión de las adolescentes embarazadas se presenta a los 14 a 16 años (16.66 %) y entre los 17 a 19 años un 16.67%, quienes pertenecen al nivel secundaria (23.81%), y se presentan en el tercer trimestre del embarazo (23.81%), procedentes de familias nucleares (19.05%) y cuyo estado civil es la convivencia (23.81%).
- La depresión está presente en el 33.33% y ausente en 66.67% de las adolescentes embarazadas del Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir.
- La calidad de vida en las gestantes con síndrome depresivo, primo adecuado en 26.19% en las dimensiones físico y psicológico; y muy adecuado en 2.38% a la dimensión de la escolaridad así como poco adecuado (4.76%) para las dimensiones de autonomía y su entorno social.
- No existe relación estadística entre la Depresión y la calidad de vida de las adolescentes embarazadas del Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir.

VI. RECOMENDACIONES

1. Aplicar el Test PQH -9 para detectar de manera precoz cuadros depresivos antes y después de un eventual embarazo u aborto para derivarlos al área de Psicología. Asimismo monitorizar la calidad de vida con la aplicación de KIDSCRENS- 27 en todos los adolescentes para observar la perspectiva de vida dentro de su entorno.
2. Informar y educar a los estudiantes de Secundaria en especial a aquellas mayores de 14 años sobre la responsabilidad de ejercer una buena salud sexual y reproductiva a través de charlas o material audiovisual promovidas por el personal obstetrico.
3. Establecer políticas de recreación y esparcimiento para disminuir las cargas emotivas y mejorar la calidad de vida de las comunidades donde existe mayor población de adolescentes.

VII. REFERENCIAS :

1. Encuesta Demografica y de Salud Familiar. Nacional y Departamental. INEI Perú. Mayo 2014
2. Calle MC, Palomino L. Norma Tecnica de Salud para la Atencion Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente N° 034 – Versión 2. 2012
3. Meade T, Dowswell E. La calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes australianos: comparación de género y edad. *qual Life Res*, 24(2015), pp2933 - 2939
Published Online 2016 Jan 25. Doi: [10.1186/S12955-016-0415-9](https://doi.org/10.1186/S12955-016-0415-9)
4. Huanco AD, Ticona RM, Ticona VM, Huenco AF. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital del Ministerio de Salud de Perú 2008.*Rev Chil Obstet Ginecol* 2012,77(2) 122-128
5. Palermo M .Embarazo Normal y de Alto Riesgo. Ed. Amolca. Argentina. 2014 pag.285
6. OMS 70° Asamblea Mundial de La Salud. Estrategia Mundial para la salud de la mujer, niño y el adolescente(2016 - 2030) A70/37 8 De Mayo 2017- Ed Objetivos de desarrollo sostenible. Disponible: http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_Global_Strategy_ES_inside_web.pdf
7. Documento tecnico. Situacion de Salud de las Adolescentes y Jovenes en el Peru 2017. Ministerio de Salud. 1er ed. Mnisterio de Salud. Lima. 2017.pag 88-95
8. Urzua A; Caqueo - Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Ter. Psicol* Vol 30 N.1 Santiago Abril 2012
9. Avila A. Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar. Ecuador. 2014.
10. Moreno A. La Adolescencia. Ed. UOC .España 2015 pag 150 -156
11. Lima M, Martinez JM, Guerra MD, Vargas AM, Lima JS. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. Ed. Gaceta Sanitaria.Vol 32. Issue1, España. 2016; 68-71

12. Mori QE, Contreras PH, Hinostroza CW, Lam. Evaluación de un instrumento para cuantificar la Estigmatización de la adolescente en el Perú. Rev de Investigación UNMSM.Vol 76,Num 2 (2015)
13. GUIA DE PREVENCIÓN. Embarazo en la Adolescencia en Guatemala. 2014
Disponble:
http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518
14. Embarazo Adolescentes en el Perú [sede web].Ministerio de Salud. 2014.Lima[acceso el 09 diciembre de 2017] de Diana Centurion. La Maternidad es un asunto serio. Todo a su tiempo
Disponble:<https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/prevemb/embarazos.html>
15. Sotelo N; Sotelo L, Dominguez S, Barboza M. Estudio comparativo de la calidad de niños y adolescentes escolarizados de Lima y Ancash . enero – julio. Av.Psicol 21(1) 2013
16. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013. Guía clínica. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría Técnica AUBE; 2013. Report No.: ISBN: 978-956-348-039-9
17. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Guía de Práctica Clínica (GPC). México D. F.: Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina; enero 2015.
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.htmlÚltima actualización: Enero 2015
18. Lopez Y.Embarazo en la Adolescencia y su recuperación biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev. Cubana de Enfermería vol.27 n4. Ciudad de la Habana 2014
19. Cruz V. Instituto Nacional de Salud Mental. Oficina de Epidemiología. Daños Discapacitantes Instituto Nacional de Salud Mental. Perú 2014

20. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima y Callao - Replicación 2012.Vol. XXVIX Año. Supl 1. 2013
21. Villalobos A; Campero L, Suarez L; Atienzo E; Estarada F, De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta Nacional en Mexico. Salud Pública Méx Vol. 57 No.2 . Cuernavaca Mar./Abr. 2015
22. Mendoza W, Subiria G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las Políticas Públicas. Rev. Per. de Medicina Experimental y Salud Pública.Perú.2013.Vol 30(3)
23. Dilia M, Barrera M, Tonon G. Calidad de vida y Niñez: Perspectiva desde la investigación cualitativa. 1era ed. Ed Universidad del Magdalena. Colombia 2015 pag.22-25
24. OMS. <http://www.who.int/es/>
25. Barrera L, Carrillo G, Chaparro L, Sanchez B, Vargas E, Carreño S. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento calidad de vida versión familiar en español. 2015. Colombia
26. Cuerno, T; Calidad de Vida y Necesidades de Apoyo, uso y análisis de las escalas INICO, FEAPS y SIS.2014.pp 18 - 21
27. Estrada RB, Reynaga-Omelas L, Jimenez- Garza OA. Diferencias en la calidad de vida por trimestre del Embarazo en un grupo de adolescente red de revistas Cientificas de America Latina y el Caribe, España y Portugal Argentinas. 2014 Doi: 10.15174/au.2014.724
28. Soto-Acevedo F, León Corrales IA, Castañeda-Sánchez O. Calidad de Vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar de estado de Sonora, México. ATEN /FAM 2015; 22(3).
29. Valcárcel C. Programa psicoeducativo para contribuir a la mejoría de la calidad de vida de madres adolescentes usuarias del Hospital Enrique C. Sotomayor (Tesis Magister) .Universidad de Guayaquil. Ecuador .2016
30. Gomez Barrios SM, Umpiri Calla KE. Inteligencia Emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azangaro - 2017.(Tesis de Licenciatura) Universidad Peruana Union.Juliaca

31. Calderón DL, Carrillo PK. Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años en el servicio de GinecoObstetricia del Hospital nacional "Hipolito Unanue" Universidad Norbert Wiener 2017
32. Duran JV, Mora MJ. Niveles de depresión y factores de riesgo en adolescentes de casas de acogida. Ecuador .2018
33. Saravia SV. Sintomatología Depresiva según PHQ-9 y rendimiento académico en estudiantes de primero a quinto año de Medicina. Lima. Universidad Cayetano Heredia. 2017
34. Casssiani Miranda,CA, Vargas Hernandez MC, Perez Anibal E,Herazo-Bustos MI, Hernandez Carrillo M, Confiabilidad y dimensión del cuestionario de los del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena 2014,
35. Ravens –Sieberer U . The kidscreen questionnaires. Handbook.2008.
36. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM éticos para la investigaciones medicas en seres humanos. España 2013.
Disponible
[Http://Www.Isciii.Es/Isccii/Es/Contenidos/Fd-Investigacion/Fd-Evaluacion/Fd-Evaluacion-Etica-Investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.Pdf](http://www.isciii.es/isciii/Es/Contenidos/Fd-Investigacion/Fd-Evaluacion/Fd-Evaluacion-Etica-Investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.Pdf)
37. Macchi RL. Introducción a la Estadística en Ciencias de la Salud. 2da ed. Ed. Medica Panamericana. Argentina.2013

ANEXO N° 02
CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)
 GUIA DE PRACTICA CLINICA EN EL SNS

Durante las últimas 2 semanas ¿con que frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

		NUNCA	VARIOS DIAS	MAS DE LA MITAD DIAS	TODOS O CASI TODOS LOS DIAS
1	Tener un poco interés o disfrutar poco haciendo las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse desanimada, deprimida o sin esperanzas	0	1	2	3
3	Tener problemas para dormir o para mantener dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4	Sentirse cansada o tener poca energía	0	1	2	3
5	Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6	Sentirse mal casi consigo misma o sentirse fracasado o pensar que se ha decepcionado a si mismo o a los que le rodean	0	1	2	3
7	Tener dificultades para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8	Moverse o halar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien al contrario, estar tan agitada o inquieta que se mueve mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9	Tener pensamientos sobre estar muerta o sobre hacerse daño a si mismo de alguna manera	0	1	2	3
PUNTUACION TOTAL					
10	Si usted se identifico con cualquier problema en este cuestionario. ¿le ha sido difícil cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	NADA EN ABSOLUTO	ALGO DIFICIL	MUY DIFICIL	EXTREMADAMENTE DIFICIL
		0	1	2	3

ANEXO N° 03

ESCALAS DE DEPRESION SEGÚN LA PUNTUACION DEL
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ – 9)

PUNTAJE	ESCALA de DEPRESION
MENOR DE 10 puntos	AUSENTE
De 10 a 14 puntos	LEVE
De 15 a 19 puntos	MODERADA
De 20 a 30 puntos	GRAVE

ANEXO N° 04
CALIDAD DE VIDA SEGÚN KIDSCREEN – 27
traducido al español

BIENESTAR FÍSICO	INADECUADO	CASI INADECUADO	NORMAL	MODERADO	ADECUADO
1.En general ¿Cómo dirías que es tu salud?	1	2	3	4	5
2.¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	1	2	3	4	5
3.¿Has estado físicamente activa en corriendo andando en bicicleta?	1	2	3	4	5
4.¿Has sido capaz de correr sin dificultad?	1	2	3	4	5
5.¿Te has sentido lleno de energía?	1	2	3	4	5
BIENESTAR PSICOLÓGICO	NADA	MAS O MENOS	NORMAL	LO SUFICIENTE	DEMASIADO
6.¿Has disfrutado de la vida?	1	2	3	4	5
7.¿Has estado de buen humor?	1	2	3	4	5
8.¿Lo has pasado bien?	1	2	3	4	5
9.¿Te has sentido triste?	1	2	3	4	5
10.¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	1	2	3	4	5
11.¿Te has sentido sola?	1	2	3	4	5

12¿has estado contenta con tu forma de ser?	1	2	3	4	5
AUTONOMIA Y RELACION CON LOS PADRES	NADA	MAS O MENOS	NORMAL	LO SUFICIENTE	DEMASIADO
13¿Has tenido suficiente tiempo para tí?	1	2	3	4	5
14¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	1	2	3	4	5
15¿Tu mamá y/o papá han tenido suficiente tiempo para tí?	1	2	3	4	5
16¿Tu mama y/o papá te han tratado en forma justa?	1	2	3	4	5
17¿Has podido hablar con tu mama y/o papa cuando lo has querido?	1	2	3	4	5
18¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos/as?	1	2	3	4	5
19¿has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?	1	2	3	4	5
APOYO SOCIAL Y PADRES	NADA	UN POCO	NORMAL	MUCHO	DEMASIADO
20¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	1	2	3	4	5
21¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?	1	2	3	4	5

22¿Tu y tus amigos/as se han ayudado entre uds.?	1	2	3	4	5
23¿Has podido confiar en tus amigos/as?	1	2	3	4	5
ENTORNO ESCOLAR	NADA	UN POCO	NORMAL	LO SUFICIENTE	DEMASIADO
24¿Te has sentido feliz en el colegio?	1	2	3	4	5
25¿Te ha ido bien en el colegio?	1	2	3	4	5
26¿Has sido capaz de poner atención?	1	2	3	4	5
27¿Te has llevado bien con tus profesores?	1	2	3	4	5
PUNTAJE	27	54	78	108	135

ANEXO N° 05

ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA PUNTUACION
DEL CUESTIONARIO DE ADOLESCENTES (KIDSCREEN - 27)

PUNTAJE	CALIDAD DE VIDA
DE 101 A 135 PUNTOS	Muy Adecuada
DE 100 A 65	Adecuada
DE 64 A MENOS PUNTOS	Poco Adecuada

EVIDENCIA DE LA RECOLECCION DE LA MUESTRA

