



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Embarazo adolescente como factor de riesgo para la depresión  
neonatal

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Médico Cirujano**

**AUTORA:**

Linarez Davila Gina ([orcid.org/0000-0002-2281-6575](https://orcid.org/0000-0002-2281-6575))

**ASESOR:**

Dr. Cristian Diaz Velez ([orcid.org/0000-0003-4593-2509](https://orcid.org/0000-0003-4593-2509))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Materna

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**TRUJILLO- PERÚ**

**2023**

## **Dedicatoria**

A Dios por regalarme vida y salud por haberme permitirme cumplir mis metas profesionales, por brindarme sabiduría y llegar al primer objetivo de los muchas metas trazadas a lo largo de mi vida.

A mis padres quienes me han apoyado incondicionalmente durante esta etapa de formación profesional.

## **Agradecimiento**

Gracias a Dios por la salud, por las bendiciones a lo largo de esta carrera profesional.

A mis docentes de la universidad, por haber sido mis guías durante mis años de estudio, por haberme brindado parte de sus conocimientos para enriquecer los míos, por sus consejos tanto en el ámbito de la salud.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenido .....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen .....	vi
Abstract .....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	3
III. METODOLOGÍA .....	9
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	9
3.2. Variables y Operacionalización.....	9
3.3. Población, Muestra y Muestreo.....	10
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	11
3.5. Procedimientos de Recolección de Datos .....	11
3.6. Métodos de Análisis de Datos.....	12
3.7. Aspectos Éticos .....	12
IV. RESULTADO.....	13
V. DISCUSIÓN .....	18
VI. CONCLUSIONES .....	20
VII. RECOMENDACIONES .....	21
REFERENCIAS .....	22
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para depresión neonatal .....	13
Tabla 2. Embarazo adolescente es un factor de riesgo para el nivel de depresión neonatal al minuto y 5 minuto.....	13
Tabla 3. El tipo de parto en el embarazo adolescente es un factor de riesgo para la depresión neonatal .....	14
Tabla 4. Los factores de riesgo maternos en el embarazo adolescente asociado a la depresión neonatal en el Hospital III-1 de Trujillo.....	15
Tabla 5. Factores neonatales asociados con la depresión neonatal en el Hospital III-1 de Trujillo.....	16

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo establecer si el embarazo adolescente es un factor de riesgo para la depresión neonatal. La metodología fue analítica y retrospectivo. La muestra la conformo 47 casos y 47 controles mediante Epidatv3.1. Los datos fueron analizados empleando la prueba estadística de Chi<sup>2</sup>. Los resultados obtenidos sobre embarazo adolescente y depresión neonatal, se encontró que el embarazo adolescente aumenta significativamente el riesgo de depresión neonatal. Los resultados mostraron que el riesgo relativo de depresión al nacer fue del 0.040 (IC 95%: 0.012 - 0.115), con un p-valor < 0.001. A los minutos 1 y 5 después del nacimiento, este riesgo relativo fue de 0.036 (IC 95%: 0.012 - 0.115) y 0.009 (IC 95%: 0.002 - 0.046), respectivamente. Además, la cesárea presentó un aumento de 1.412 veces en el riesgo de depresión neonatal (IC 95%: 0.624 - 3.195). Otros factores, como el embarazo prematuro, el apgar al minuto y al minuto 5, el líquido meconial y el bajo peso al nacer, también se asociaron con un mayor riesgo de depresión neonatal. Se concluyó que el embarazo adolescente se identifica como un factor de riesgo significativo para la depresión neonatal.

**Palabras clave:** Embarazo adolescente, factor de riesgo, depresión neonatal.

## ABSTRACT

The objective of this research is to establish whether teenage pregnancy is a risk factor for neonatal depression. The methodology was analytical and retrospective. The sample consisted of 47 cases and 47 controls using Epidatv3.1. The data were analyzed using the Chi2 statistical test. The results obtained on adolescent pregnancy and neonatal depression; it was found that adolescent pregnancy significantly increases the risk of neonatal depression. The results showed that the relative risk of depression at birth was 0.040 (95% CI: 0.012 - 0.115), with a p-value < 0.001. At minutes 1 and 5 after birth, this relative risk was 0.036 (95% CI: 0.012 - 0.115) and 0.009 (95% CI: 0.002 - 0.046), respectively. Furthermore, cesarean section presented a 1,412-fold increase in the risk of neonatal depression (95% CI: 0.624 - 3.195). Other factors, such as preterm pregnancy, apgar at 1 minute and 5 minutes, meconium fluid, and low birth weight, were also associated with an increased risk of neonatal depression. It was concluded that adolescent pregnancy is identified as a significant risk factor for neonatal depression.

**Keywords:** *Teenage pregnancy, risk factor, neonatal depression*

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo precoz o tardío es estimado una preocupación de salud pública, por tener un efecto multifactorial en el grupo de adolescentes. Es una etapa de cambios experimentaran tanto físico emocional entre la pubertad y la edad adulta que implica cambios. La OMS señala que aproximadamente 16 millones en la etapa de la pubertad se embarazan por año, especialmente en países en desarrollo; originando graves consecuencias en la salud materna y fetal. Se estima que comienza a los 10 años y termina a los 19 años respectivamente. Se distribuye en etapas de la pubertad temprana (10 a 15 años) y tardía (16 a 19 años)<sup>1</sup>.

Los púber entre 10 y 19 años representan el 11% de los neonatos en todo el mundo, casi el 95%, son en países de ingresos bajos a medios, en África aproximadamente 16 millones de púber de 10 a 19 años y 2,5 millones de púber menores de 16 años dan a luz anualmente en regiones en desarrollo, en los últimos 15 años, la mayoría de los países africanos informaron una disminución continua en la tasa de embarazo adolescente, atribuible al apoyo de las adolescentes, la educación, la anticoncepción y otras estrategias de prevención<sup>2</sup>.

En Asia, los resultados desfavorables del embarazo representan el 23 % de la carga total de morbilidad en niñas de 15 a 19 años, y considerando que el 90 % de las complicaciones del embarazo adolescente ocurren en países en desarrollo, aproximadamente 1 millón niñas menores de edad quedan embarazada y dan a luz<sup>3</sup>. En Perú, un análisis exploratorio encontró que las tasas de embarazo en mujeres de 10 a 19 años oscilan entre 4,5% y 11,7%, en provincias de la región geográfica de La Selva, muestran una mayor prevalencia de embarazo adolescente, lo que sugiere que las estrategias de salud pública no son suficientes<sup>4</sup>.

El Apgar bajo al nacer es un desenlace adverso que puede asociarse a hipoxia tisular y falla energética, globalmente ocurre en alrededor de 4 millones de niños cada año, aproximadamente 1 por cada 1000 nacidos vivos, se ha reportado que el 22% de esta relación estuvo mediada por complicaciones neonatales después del apgar bajo al nacer<sup>5</sup>. El apgar bajo al nacer persistente puede devenir en encefalopatía hipóxico-isquémica neonata que en formas severas se caracteriza por muerte celular inicial, seguida de remodelación, y cicatrización<sup>6</sup>.

En África, el apgar bajo al nacer es responsable del 24,0% de las muertes neonatal; y en el África subsahariana, es responsable de 280 000 muertes neonatales,



específicamente en Etiopía se muestra que la prevalencia de la asfixia al nacer llega al 22,52 %<sup>7</sup>. En el Perú se ha encontrado que los neonatos con Apgar bajo se presentan con una frecuencia de 4,1 por cada 100 nacidos vivos, y los Apgar bajos se asocian al sexo masculino, parto pretérmino, neonato con un peso dejado de lo normal, pequeños y grandes que corresponden a su semana de embarazo, lactantes y recién nacidos por cesárea relacionados<sup>8</sup>.

Por lo consiguiente, considerando esta realidad, como problema de investigación: ¿Es el embarazo adolescente factor de riesgo para la depresión neonatal, Así mismo se plantea la siguiente hipótesis: ¿Embarazo adolescente si es un factor de riesgo para la depresión neonatal?

Se considera como objetivo general: Establecer si el embarazo adolescente es un factor de riesgo para la depresión neonatal en el Hospital III-1 de Trujillo, 2023 y como objetivo específico: Identificar si en el embarazo adolescente es un factor de riesgo para el nivel de depresión neonatal al minuto y 5 minutos en el Hospital III-1 de Trujillo, 2023 y Evaluar si el tipo de parto en el embarazo adolescente es un factor de riesgo para la depresión neonatal en el Hospital III-1 de Trujillo, 2023.

Los resultados desfavorables del embarazo adolescente son importantes problemas de salud con importantes impactos socioeconómicos, aunque se sabe que los resultados desfavorables son menos comunes en adolescentes que en mujeres mayores, la verdadera causa de estas complicaciones, biológicas o socioeconómicas, sigue siendo incierta; actualmente que el embarazo adolescente está convirtiéndose cada vez más en un problema de salud pública que en un problema de práctica clínica, dado que la gran mayoría de los embarazos de adolescentes no son deseados ni planificados. Considerando que la adolescencia es la fase de transición del crecimiento físico y el desarrollo psicológico que implica cambios en la salud, mental y biológico a experimentar un embarazo que puede ser estresante para la adolescente, ya que no es lo suficientemente madura física y mentalmente para manejar las demandas del embarazo y tiene más probabilidades de experimentar complicaciones y pueden conducir a la muerte materna perinatal; tomando en cuenta por otra parte que el Apgar bajo al nacer es un elemento de morbilidad importante y frecuente en el recién nacido, en nuestro entorno sanitario para el binomio madre feto, creemos relevante valorar la relación entre estas variables al no haber identificado estudios recientes similares en nuestra población.

## II. MARCO TEÓRICO

Ara R, et al; estimaron el riesgo de embarazo adolescente en los resultados neonatales adversos, en una etapa de cuatro (4) meses, las madres adolescentes se encuentran entre la edad de 11 a 19 años que incorporaron en el tiempo de estudio, seleccionaron como casos y como grupo control a mujeres embarazadas con el grupo etario de más de 19 años. Se reclutó un total de 100 madres embarazadas para este estudio, de las cuales 50 de las madres embarazadas estaban en el grupo de casos y las 50 madres restantes estaban en el grupo de control. Al minuto, 52,0% niños de las madres adolescentes tienen una puntuación de Apgar superior a 7, mientras que el 86,0 % de los bebés nacidos de madres adultas tenían el puntaje de Apgar mayor a 7, que también fue disimilitud significativa ( $p < 0.05$ ). También Encontraron un Apgar bajo al nacer al minuto una diferencia significativa entre los 2 grupos un 12% de madres adolescentes de grupo casos con un puntaje (0 a 3) y en grupo control con un 4%, con respecto a la prematuridad encontraron más casos en grupo de control que fue de 24 % y 4 % casos respectivamente<sup>9</sup>.

Kassa G, et al; evaluaron Resultados neonatales adversos de embarazos adolescentes en un estudio institucional que involucró a 374 en etapa temprana (15-19 años) y 760 en etapa adulta (20-34 años). La información fue recopilada por asistentes de investigación capacitados mediante cuestionarios estructurados de recopilación de datos. Utilizaron estadística descriptiva. Utilizaron análisis de regresión logística bivariados y multivariados para adaptar las circunstancias de confusión de los resultados recién nacido adversos. Se declaró significación estadística cuando el valor de p fue inferior a 0,05. Después de adaptar por factores de confusión conocidos, los adolescentes tenían mayores probabilidades de tener bajo peso al nacer (BPN) que las mujeres adultas (IC del 95 %,  $p = 0,001$ ). Asimismo, las adolescentes eran más propensas a tener una puntuación de Apgar baja al uno y cinco minutos después de su nacimiento con un porcentaje de 6% inferior al puntaje de 7 en comparación con 5% en mujeres adultas. <sup>10</sup>

Adolesan G, et al; determinaron características, morbilidades y mortalidad de las adolescentes embarazadas y sus recién nacidos en el período neonatal. Seiscientas cuarenta y una adolescentes embarazadas fueron inscritas y

comparadas con 309 embarazadas no adolescentes. La edad media de adolescentes y no adolescentes tenían  $17,2\pm 0,8$  y  $27,0\pm 4,3$  años, respectivamente. Aunque la mortalidad neonatal fue similar en ambas embarazadas, las morbilidades neonatales tempranas fueron más comunes en adolescentes embarazadas; la constancia de Apgar bajo al nacer fue de 19% en los expuestos y fue de 5% en los no expuestos ( $p < 0.05$ )<sup>11</sup>.

Lastinger J, et al; evaluaron en una cohorte retrospectiva la prevalencia de embarazos adolescentes e identificaron las principales diferencias en la salud materna y resultado neonatal. Analizaron descriptivamente parámetros obstétricos, maternos y neonatales, las madres se subclasificaron en dos grupos de edad: adolescentes madres de 19 años y madres adultas de 20 a 39 años de edad. Los recién nacidos de madres adolescentes eran significativamente más pequeños, BPN que en las madres adultas. Y también obtuvieron una tasa significativa de apgar al a los 5 minutos con una puntuación ( $< 4$ ) en primer embarazo y en madres adultas ( $< 7$ )<sup>12</sup>.

Khadim S, et al; compararon adolescentes con su primer y tercer embarazo y evaluaron la probabilidad de complicaciones neonatales, en un estudio transversal que se realizó en mujeres adolescentes (edad  $\leq 19$  años) con embarazos únicos. Los sujetos ( $n = 298$ ) fueron examinadas durante 12 meses. Noventa y seis mujeres fueron excluidas, los sujetos restantes ( $n = 202$ ) se dividieron en dos grupos: adolescentes con primer embarazo ( $n = 96$ ) y adolescentes con tercer embarazo ( $n = 47$ ); hubo un riesgo significativo de preeclampsia en el grupo de primer embarazo ( $p = 0,01$ ). BPN, puntuación de Apgar a los cinco minutos  $< 7$  y unidad de cuidados intensivos neonatales ingreso fueron los desenlaces neonatales más significativos en el grupo del primer embarazo ( $p < 0.05$ )<sup>13</sup>.

Choi F, et al; en un estudio de cohorte retrospectivo se comparó el resultado entre los niños nacidos de madres en la etapa de la pubertad considerando menores de 20 años y los nacidos de madres adultas después de 20 a 34 años. El embarazo adolescente se asoció con más partos prematuros ( $< 37$  semanas) ( $p < 0.001$ ), más bebés con bajo peso al nacer ( $p < 0.001$ ), la frecuencia de apgar bajo al nacer fue de 4% en los expuestos y fue de 0.5% en los no expuestos ( $p < 0.05$ )<sup>14</sup>.

Kang G, et al; determinaron el efecto que tiene la edad materna joven y la maternidad soltera en los resultados neonatales, en un estudio de cohorte retrospectivo de 267 niños nacidos de madres de  $\leq 21$  años. El apgar bajo al nacer fue más frecuente entre las madres solteras jóvenes que entre las madres casadas jóvenes (odds ratio [OR] 2,90, intervalo de confianza [IC] del 95% 1,71–4,92,  $p < 0,01$ ). Los hijos de las jóvenes madres solteras tenían un peso medio al nacer más bajo ( $p = 0,01$ ), con una proporción significativa que pesaba  $< 2,5$  kg (OR 2,91, IC 95% 1,35-6,37,  $p < 0,01$ )<sup>15</sup>.

Granados G et al. Realizaron un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se identificaron asociaciones entre la gestación temprana y los resultados adversos para las madres y sus neonatos en un estudio de Caso y control. Seleccionaron 88 neonatos que cumplieron con los criterios de inclusión de recién nacido con depresión cardiorrespiratoria la depresión severa al nacer predominó en la mayoría de los neonatos (56,8 %). Prevalcieron los neonatos con buen peso (73,9 %), nacidos a término (77,2 %). Las infecciones maternas (45,5 %) durante la gestación, el tiempo de rotura de membranas prolongado (31,8 %) y la presencia de líquido amniótico meconial (30,7 %), constituyeron los factores maternos que mayor vínculo guardaron con el neonato deprimido<sup>16</sup>.

La adolescencia se refiere a los cambios de etapa la pubertad a la edad adulta, entre los 10 y 19 años de edad, en esta fase de crecimiento importante, de mayor independencia, vulnerabilidad, experiencia y grandes cambios físicos y psicológicos, emocionales y la maduración cognitiva influye en cómo los individuos experimentan sus años de adolescencia<sup>17</sup>. En la mayoría de los casos en adolescente embarazadas hay un mayor riesgo de tener como resultado de un parto prematuro, un recién nacido BPN a comparación con las mujeres embarazadas adultas<sup>18</sup>.

Se han identificado varios factores que influyen en los embarazos no deseados entre las adolescentes; estos incluyen matrimonios precoces, cultura, religión, género, pobreza social y económica, presión de grupo, falta de educación sexual integral, mala salud reproductiva prestación de servicios y mala actitud de los trabajadores de la salud en la prestación de servicios de anticoncepción para adolescentes<sup>19</sup>. Además, la necesidad insatisfecha de anticonceptivos por parte de

adolescentes y el miedo a los efectos secundarios de los anticonceptivos parece ser una barrera para el uso de estas estrategias<sup>20</sup>.

La maternidad temprana coloca a la salud de las niñas en riesgo, ya que en la etapa tardía se considera de la edad de 15 a 19 años tienen el doble de posibilidad de morir durante el parto, además de ser propensa a buscar procedimientos de aborto inseguros, lo que ha causado muerte y discapacidad en países donde los abortos son ilegales. Las madres adolescentes (adolescentes) tienen un riesgo elevado de embarazo repetido dentro de los dos años de su primer embarazo<sup>21</sup>. Considerando el impacto del embarazo y parto adolescente en las muertes maternas, así como como los efectos debilitantes en los resultados de salud neonatal e infantil, especialmente por la evidencia de que conduce a un riesgo de partos prematuros, enfermedades mentales y dificultad para el desarrollo entre los niños<sup>22</sup>.

Las adolescentes embarazadas están en un mayor peligro de recibir atención prenatal inadecuada en algunos entornos, una proporción importante de adolescentes no acceden ni utilizan servicios maternos durante el embarazo, que es una consecuencia de varios factores interpersonales, institucionales y sistémicos; también pueden tener consecuencias sociales adversas como el estigma y el abandono escolar, pueden no tener la oportunidad de regresar a la escuela, lo que pone en peligro sus oportunidades económicas y de empleo debido a su doble carga de sustento del hogar y la formación de los hijos, lo que resulta en pobreza sostenida y mayor vulnerabilidad.<sup>23</sup>

El período del neonato se refiere al nacimiento hasta los 28 días de vida y el período más peligroso de la vida debido a los numerosos desafíos que enfrenta el recién nacido, el riesgo de mortalidad es mayor durante este período de la vida. El APGAR es una valoración general y rápida para el bienestar del nacido inmediatamente después de su nacimiento y se registra al minuto uno y quinto desde el nacimiento, el sistema de puntuación de Apgar ofrece una evaluación consistente de los niños después del parto, la puntuación de Apgar de un minuto indica la condición física del recién nacido y determina si se requerirá tratamiento médico inmediato o futuro, la puntuación de Apgar al quinto minuto evalúa cómo ha reaccionado el recién nacido a los intentos previos de reanimación si se realizaron tales esfuerzos<sup>24</sup>.

El puntaje varía de 0 a 2 para cada una de las cinco características con un puntaje total final de diez, en esta valoración es de 1 minuto, las puntuaciones entre 7 y 10 esto nos orienta que el niño solo recibirá atención inmediata de rutina, la puntuación entre 4 y 6 indica que podría ser necesaria ayuda para respirar, las puntuaciones inferiores a cuatro pueden requerir medidas inmediatas<sup>25</sup>. La puntuación del Apgar al quinto minuto sea de 7 a 10 es normal, si la puntuación es menor a 7, el niño continuará en monitoreo y reevaluado cada 5 minutos hasta por 20 minutos, por lo tanto, el sistema de puntaje de Apgar tiene un valor continuo para predecir resultados adversos neonatales, posneonatales y es aplicable a embarazos únicos y gemelares y en varios grupos raciales/étnicos.<sup>26</sup>

La puntuación de Apgar se propuso como un medio para evaluar rápidamente el estado clínico de los recién nacidos y actualmente sigue siendo un método aceptado para la evaluación de recién nacidos inmediatamente después del parto. Por otro lado, una puntuación de Apgar baja al minuto no significa necesariamente una puntuación de Apgar baja a los 5 minutos, la puntuación de Apgar a los 5 min también puede proporcionar una indicación de la capacidad sostenida de un recién nacido para sobrevivir y prosperar, es por esta razón que la segunda evaluación de la puntuación de Apgar, realizada a los 5 minutos, es un mejor predictor de los resultados posteriores que la puntuación de Apgar en el primer minuto.<sup>27</sup>

Un puntaje de Apgar bajo es la razón más común para ingresar a un recién nacido en una unidad de cuidado neonatal especializada. El puntaje de Apgar especifica las limitaciones neonatales después del parto, y su cambio entre 1 y 5 minutos es un indicador de la capacidad de respuesta a las maniobras de reanimación en recién nacidos con puntajes de Apgar por debajo de 7.<sup>28</sup>

El embarazo prematuro se considera desde la semana 22 semanas hasta 6/7 de las semana 36 semana. <sup>29</sup>

Existen factores maternos y neonatales asociados a la depresión neonatal entre ellos tenemos Edad Gestación es el número de semana del feto en el útero, parto prematuro se el nacimiento del feto antes de las 37 semanas y después de las 37 semanas es una a termino con respecto a la preeclampsia se considera la elevación de la presión arterial (>140/90 mmHg) después de las 20 semanas de gestación que se asocia con un aumento de proteínas y/o daño orgánico en la

mujer embarazada. Se considera una enfermedad multifactorial, multisistémica y es una de las causas más negativas de resultados adversos e incluso de muerte. Infección de vías urinarias es una invasión de bacteriana que causa una respuesta inflamatoria.<sup>30</sup>

Vía de parto es cuando se da la culminación del parto para el nacimiento de recién nacido, la vía vaginal es una de las etapas fisiológica y natural de la madre por cual los bebés son expulsados al exterior por vía vaginal o vía cesárea, es una intervención quirúrgica en el que se extrae al recién nacido a través de una corte en el abdomen y útero de la madre.<sup>31</sup>

Entre los factores neonatales, líquido meconial, circular de cordón, bajo peso al nacer, restricción de crecimiento intrauterino.





Preeclampsia

Infección del tracto Urinario

culminación de parto

**Factores neonatales:**

Líquido verde.

torsión de cordón Umbilical.

Bajo al nacer menor de 2500 gr.

Restricción de crecimiento intrauterino.

**3.3. Población, Muestra y Muestreo**

**Población:** Gestantes

Criterios de Inclusión Casos:

- Gestante con edad menor de 20 años.
- Gestante con un solo producto.
- Embarazo con información completa.

Criterios de Inclusión control:

- Gestantes con edad mayor de 20 años.
- Gestante con un solo producto.
- Embarazo con información completa.

Criterios de Exclusión:

- Embarazo con feto grande.
- Gestante con datos faltantes.
- Gestantes mayores de 20 años.
- Embarazo con muerte fetal.

**Muestra:**

Usando el EPIDAT versión 3.1 se calculó el tamaño de la muestra para el estudio de casos y controles, en la cual la proporción de casos expuestos de 24% que corresponde al porcentaje de embarazo adolescente con depresión neonatal y en la proporción de controles expuesto es de 4% que corresponde al porcentaje de embarazo adolescente sin depresión neonatal el nivel de confianza 95% una potencia mínima al 80% obteniendo un tamaño de muestra 47 casos y 47 controles.

Unidad de análisis: Cada paciente embarazada adolescente que participa en el estudio.

**Muestreo:**

El tipo de muestreo es no probabilista.

**3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.**

Se realizó la revisión retrospectiva se tomaron los datos de las historias clínicas.

**Instrumento:** Los datos fueron tomados de la historia clínica, En el estudio se consideró una ficha de recolección de datos en donde se registró la información relacionada con las variables independiente, dependiente e interviniente.

**Validez y confiabilidad de instrumento de recolección de datos:** Dado que la ficha ha sido estructurada únicamente para extraer datos concretos de las historias clínicas.

**3.5. Procedimientos de Recolección de Datos**

Se redactó una solicitud al director del Hospital III-1 de Trujillo para la autorización de realizar el proyecto de investigación por la cual fue autorizada la ejecución del proyecto de tesis. Dentro del estudio se identificaron a las gestantes adolescentes y utilizamos las historias clínicas del archivo donde se procedió a: Revisar las historias y seleccionar según la técnica de muestreo no probabilístico, así mismo se registró la edad de las gestantes para caracterizar a la variable independiente. Así mismo recoger los datos necesarios para caracterizar el desenlace adverso en función de la puntuación de Apgar registrada en la historia del neonato, así como los de las variables intervinientes. Y Continuar hasta completar el tamaño muestral en ambos grupos de estudio.

### **3.6. Métodos de Análisis de Datos**

Los datos obtenidos pasaron por una técnica utilizando el programa Microsoft office Excel, estos Los datos serán procesados en el sistema SPSS Vr. 26. Se realizo el cálculo del chi cuadrado y el odds ratio y el riesgo relativo, así como de los intervalos de confianza correspondiente al 95%.

### **3.7. Aspectos Éticos**

La presente investigación se regirá a las normas éticas que sirva y proteja la competencia del autor, la información, los derecho del pacientes, el respeto de la información de los datos y su naturaleza de origen; Se protegerá la confidencialidad de las pacientes, se solicito el permiso al comité de investigación, tendrá en cuenta la aprobación del comité de ética y las reglas de la Universidad Cesar Vallejo; teniendo en cuenta la declaración de Helsinki II<sup>33</sup> y la ley general de salud<sup>34</sup>.

#### IV. RESULTADO

Tabla 1. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para depresión neonatal

EMBARAZO ADOLESCENTE	DEPRESIÓN NEONATAL				TOTAL	
	Con Depresión		Sin Depresión			
SI	33	70.21%	6	12.77%	39	41%
NO	14	29.79%	41	87.23%	55	59%
TOTAL	47	100.00%	47	100.00%	94	100%
Análisis estadístico	$X^2 = 39.28$	$p = 0.001$	OR (I.C. 95%) 0.040 (0.012 - 0.115)			

Según el análisis de tabla 1 se halló que el valor de odds ratio OR fue de 0.040, que está en el intervalo de confianza al 95% (0.012 - 0.115) la cual significaría que lo que no son adolescente hay 0.040 veces menos riesgo de poseer depresión neonatal.

Tabla 2. Embarazo adolescente es un factor de riesgo para el nivel de depresión neonatal al minuto y 5 minuto.

EMBARAZO ADOLESCENTE	APGAR (1 MINUTO)				APGAR (5 MINUTOS)			
	CASO		CONTROL		CASO		CONTROL	
	Con Depresión		Sin Depresión		Con Depresión		Sin Depresión	
SI	36	76.6%	5	10.6%	39	83.0%	2	4.3%
No	11	23.4%	42	89.4%	8	17.0%	45	95.7%
TOTAL	47	100.0%	47	100.0%	47	100.0%	47	100.0%
Análisis estadístico	$X^2 = 41.57$	$p = 0.001$	OR (I.C. 95%) 0.036 (0.012 - 0.115)		$X^2 = 59.2$	$p = 0.001$	OR (I.C. 95%) 0.009 (0.002 - 0.046)	

De acuerdo a la tabla 2 con respecto a depresión neonatal al minuto se halló que el valor odds ratio OR fue de 0.036, con un intervalo de confianza al 95% (0.012 - 0.115), la cual significaría que hay 0.036 veces hay más riesgo depresión neonatal

en embarazo adolescente. Con respecto a la depresión neonatal al minuto 5 se halló que el valor odds ratio OR de fue 0.009 que fue ubicado el intervalo de confianza al 95% (0.002 - 0.046), la cual si significaría que hay 0.009 veces hay riesgo de poseer depresión neonatal en el embarazo adolescente.

Tabla 3. El tipo de parto en el embarazo adolescente es un factor de riesgo para la depresión neonatal

	APGAR (1 MINUTO)					APGAR (5 MINUTOS)				
	CASO			CONTROL		CASO		CONTROL		
	Con Depresión			Sin depresión		Con Depresión		Sin depresión		
TIPO DE PARTO	Cesárea	28	59.6%	24	51.1%	28	59.6%	24	51.1%	
	Vaginal	19	40.4%	23	48.9%	19	40.4%	23	48.9%	
	Total	47	100%	47	100%	47	100%	47	100%	
		p = 0.407			OR (I.C. 95%) 1.412 (0.624 - 3.195)		p = 0.407		OR (I.C. 95%) 1.412 (0.624 - 3.195)	

Análisis: según el análisis de la tabla 3, se halló que el valor de odds ratio OR fue de 1.412, en un intervalo de confianza al 95% (0.624 - 3.195), la cual significaría 1.412 veces mas riesgo de poseer depresión neonatal.

Tabla 4. Los factores de riesgo maternos en el embarazo adolescente asociado a la depresión neonatal en el Hospital III-1 de Trujillo.

FACTORES MATERNOS		APGAR (1 MINUTO)				APGAR (5 MINUTOS)			
		CASO		CONTROL		CASO		CONTROL	
		Con depresión		Sin depresión		Con depresión		Sin depresión	
Prematuro	Si	35	74.5%	22	46.8%	36	76.6%	21	44.7%
	No	12	25.5%	25	53.2%	11	23.4%	26	53.3%
	Total	47	100%	47	100%	47	100%	47	100%
		p = 0.006		OR (I.C. 95%) 0.302 (0.126 - 0.721)		p = 0.002		OR (I.C. 95%) 0.247 (0.102 - 0.599)	
Preeclampsia	No	12	25.5%	28	59.6%	10	21.3%	30	63.8%
	Si	35	74.5%	19	40.4%	37	78.7%	17	36.2%
	Total	47	100%	47	100%	47	100%	47	100%
		p = 0.000		OR (I.C. 95%) 0.233 (0.097 - 0.559)		p = 0.000		OR (I.C. 95%) 0.153 (0.061 - 0.383)	
Infección de vías urinarias	No	22	46.8%	28	59.6%	21	44.7%	29	61.7%
	Si	25	53.2%	19	40.4%	26	55.3%	18	38.3%
	Total	47	100%	47	100%	47	100%	47	100%
		p = 0.215		OR (I.C. 95%) 0.597 (0.264 - 1.352)		p = 0.098		OR (I.C. 95%) 0.501 (0.220 - 1.141)	

En este estudio se obtiene como muestra a 47 neonatos con diagnóstico de depresión neonatal. Entre la variable interviniente el factor materno prevalece en el embarazo prematuro es de 76.6 % con riesgo relativo de 0.302 con IC 95% (0.126 - 0.721) p 0.001 el apgar al minuto y al quinto minuto de 83.0% con riesgo relativo de 0.247 IC: 95% (0.102 - 0.599).

Tabla 5. Factores neonatales asociados con la depresión neonatal en el Hospital III-1 de Trujillo.

FACTORES NEONATALES/ INTERVINIENTES		APGAR (1 MINUTO)				APGAR (5 MINUTOS)			
		CASO		CONTROL		CASO		CONTROL	
		Con depresión		Sin depresión		Con depresión		Sin depresión	
Líquido amniótico	No	6	12.8%	44	93.6%	3	6.4%	47	100.0%
	Si	41	87.2%	3	6.4%	44	93.6%	0	0.0%
	Total	47	100%	47	100%	47	100%	47	100%
		p = 0.000		OR (I.C. 95%) 0.036 (0.012 - 0.115)		p = 0.000		OR (I.C. 95%) 0.009 (0.002 - 0.046)	
Bajo peso al nacer	No	10	21.3%	31	66.0%	8	17.0%	33	70.2%
	Si	37	78.7%	16	34.0%	39	83.0%	14	29.8%
	Total	47	100%	47	100%	47	100%	47	100%
		p = 0.006		OR (I.C. 95%) 0.302 (0.126 - 0.721)		p = 0.002		OR (I.C. 95%) 0.247 (0.102 - 0.599)	
Circular de cordón	No	38	80.9%	30	63.8%	38	80.9%	30	63.8%
	Si	9	19.1%	17	36.2%	9	19.1%	17	36.2%
	Total	47	100%	47	100%	47	100%	47	100%
		p = 0.000		OR (I.C. 95%) 0.233 (0.097 - 0.559)		p = 0.000		OR (I.C. 95%) 0.153 (0.061 - 0.383)	
Restricción de crecimiento intrauterino	No	42	89.4%	11	23.4%	45	95.7%	8	17.0%
	Si	5	10.6%	36	76.6%	2	4.3%	39	83.0%
	Total	47	100%	47	100%	47	100%	47	100%
		p = 0.407		OR (I.C. 95%) 1.412 (0.624 - 3.195)		p = 0.407		OR (I.C. 95%) 1.412 (0.624 - 3.195)	

En este estudio se obtiene como muestra a 47 neonatos con diagnóstico de depresión neonatal que nacieron en el Hospital III-1 de Trujillo. Entre la variable

interviniente el factor neonatal prevalente es el líquido meconial es de 87.2% el apgar al minuto con ( $p < 0.05$ ) y su intervalo de confianza del 95 % de OR límite inferior y superior mayores que 1. y al quinto minuto de 93.6%, bajo peso al nacer con un 78.7% (I.C. 95%) 0.302 (0.126 - 0.721).



## V. DISCUSIÓN

En la Tabla 1 sobre el embarazo adolescente con relación con depresión neonatal es un factor de riesgo que se obtuvo de 70.21% a diferencia de 12.77% sin depresión neonatal y en embarazo no adolescente se obtuvo como resultado de 29.79 % con depresión y 87.23 % sin depresión neonatal concluyendo que es más frecuente en este estudio la depresión neonatal en embarazo adolescente. Romero M, obtuvieron como resultados de embarazo adolescente un 29 % de morbilidad neonatal, en relación al apgar bajo al nacer en un 7% (IC:95%=1.09-15.2;  $p < 0.05$ ) frente al embarazo no adolescente que presentaron un 15 % entre por la cual corresponde un 6 % de apgar bajo concluyendo que en esta investigación también el embarazo adolescente tienen más porcentaje en presentar de neonata depresión neonatal.

De acuerdo a la tabla 2 en el embarazo adolescente con relación Apgar al primer minuto como factor de riesgo para depresión neonatal se obtuvo 76.6% a diferencia del Apgar a los 5 minutos se obtuvo un 83.0% concluyendo que es más frecuente la depresión neonatal en Apgar al primer minuto. En el embarazo no adolescente con relación al Apgar al primer minuto como factor de riesgo para depresión neonatal se obtuvo 23.4 % a diferencia del Apgar a los 5 minutos se obtuvo un 17.0% concluyendo que es más frecuente la depresión neonatal en Apgar al minuto. Se encontró un trabajo similar de Adolesan G, et al; obtuvieron como resultados en embarazos adolescentes y no adolescente en promedio de  $17,2 \pm 0,8$  y  $27,0 \pm 4,3$  años, respectivamente encontrando un apgar bajo al nacer fue de 19% en los expuestos considerando con depresión y un 5% en los no expuestos ( $p < 0.05$ ) sin depresión neonatal.

Por otro lado, en la tabla 3, este análisis la vía de parto en el embarazo adolescente por cesaríá como factor de riesgo para depresión neonatal se obtuvo 59.6% al minuto y a los 5 minutos y en la vía vaginal como factor de riesgo se obtuvo un 40.4% concluyendo que en la vía cesaríá hay Mayor riesgo en desencadenar una depresión neonatal. En comparación en este estudio Nozar MF., et. al. Se encontró un valor significativo en relación al tipo de parto cesaríá en gestantes adolescentes con un valor 61.8% con depresión neonatal en relación en el tipo de parto vaginal

con un 38.2 % con depresión neonatal concluyendo que el via de parto cesaría es más frecuente que la via vaginal en este estudio.

En este estudio se comparó las variable interviniente de los factor materno en relación con la depresión neonatal donde se prevalece en el embarazo prematuro es de 76.6 % con riesgo relativo de 0.302 con IC 95% (0.126 - 0.721)  $p < 0.001$  el apgar al minuto y al minuto 5 de 83.0% con riesgo relativo de 0.247 IC: 95% (0.102 - 0.599), preeclampsia es de 74.5 % el apgar al minuto y a los 5 minuto de 78.8 % con un  $p < 0.005$  y infecciones en vías urinarias encontramos un 53.2% y en el factor neonatal quien prevalece el líquido meconial con un 87.2 % con un valor riesgo relativo 0.036 IC 95% (0.012 - 0.115), bajo peso al nacer con un 78.7% (I.C. 95%) 0.302 (0.126 - 0.721). Hay estudios que se encontró de Granados G et al. Quienes registraron diferencia respecto a sus variables la cual prevalece nacidos a término (77,2 %), Las infecciones maternas (45,5 %) asociados a la depresión neonatal y Prevalencia en los neonatos con bajo peso al nacer (73,9 %), la presencia de líquido amniótico meconial (30,7 %) asociados a depresión neonatal.

## **VI. CONCLUSIONES:**

Se estableció que el embarazo adolescente si es factor de riesgo para la depresión neonatal obteniendo como valor de significancia de 0.040 veces más riesgo de poseer depresión neonatal en presencia de embarazo adolescente.

Se identificó que el embarazo adolescente si es un factor para la depresión neonatal se encontró un 0.036 veces más riesgo depresión neonatal en embarazo adolescente.

Se evaluó el tipo de parto en el embarazo adolescente asociado a la depresión neonatal encontrando que es más frecuente la cesaría que el parto vaginal.

Se Concluyo que los factores maternos asociados a la depresión neonatales fueron los siguientes en orden descendente según prevalencia prematuridad con un 83.3%, preeclampsia con un 78.7% e infección urinaria con un 55.3% y Los factores neonatales asociados a la depresión neonatales fueron los siguientes en orden descendente según a prevalencia liquido meconial con un 93.6%, bajo peso al nacer con un 83 %, circular de cordón con un 19.1 % y con respecto a restricción de crecimiento intrauterino con un 10.6% con u odds ratio 1,412 el cual fue significativo ( $p>0,05$ ).

## **VII. RECOMENDACIONES**

Brindar consejería a la adolescente sobre los riesgos que puede ocasionar al quedar embarazada en la etapa precoz tanto para para la madre y el neonato.

Obtener la mayor captación de gestantes adolescentes para un mejor monitoreo e identificar sus factores de riesgo.

Realizar una adecuada atención y manejo oportuno de la gestante adolescente.

Proveer que la toma del Apgar sea realizada por personal capacitado, con el fin de contar con mejores trabajos futuros sobre el tema expuesto.

## REFERENCIAS

1. Paladugu R. Adolescent pregnancy and its outcomes: A cross sectional study. *Int. J. Community Med. Public Health* 2019; 5: 4408–4414.
2. Kassa G. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Reprod. Health* 2019; 15: 195–211.
3. Bekalu K. Teenage pregnancy and its associated factors among teenage females in Farta woreda, Northwest, Ethiopia, 2020: A community-based cross-sectional study. *Popul. Med.* 2021;3(6):19.
4. Espinola M. Embarazo adolescente en Perú: 10 años de evolución y análisis espacial. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA* 2022;15(1):160-1.
5. Razaz N, Norman M, Alfvén T, Cnattingius S. Low Apgar score and asphyxia complications at birth and risk of longer-term cardiovascular disease: a nationwide population-based study of term infants. *Lancet Reg Health Eur.* 2022 Nov 3;24:100532.
6. Ajibo B Determinants of low fifth minute Apgar score among newborns delivered by cesarean section at Wolaita Sodo University Comprehensive Specialized Hospital, Southern Ethiopia: an unmatched case control study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 22: 665.
7. Chen R, Sjölander A, Johansson S, et al. Impact of gestational age on risk of cerebral palsy: unravelling the role of neonatal morbidity. *Int J Epidemiol.* 2021;50(6):1852–1863.
8. Acero O. Resultados perinatales del recién nacido con Apgar bajo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2002–2016. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2019;65(1):21.
9. Ara R, Alam J. Risk of Teenager Pregnancy in Adverse Neonatal Outcome: A Hospital Based Case-Control Study. *J Curr Adv Med Res* 2019;4(2):44-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.3329/jcamr.v4i2.36354>.
10. Kassa G. Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. *PLoS One.* 2019;14(6):e0218259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218259>.

11. Adolesan G. Neonatal Prognosis and Outcomes in Adolescent Pregnancies. Neonatal Prognosis and Outcomes in Adolescent Pregnancies. *Med Bull Haseki* 2021; 59:37-42.
12. Lastinger J. Teenage Pregnancies in Austria – an Epidemiological Study on Prevalence and Perinatal Outcome. *Geburtsh Frauenheilk* 2023; 83: 212–219.
13. Kadhim S. Differences in perinatal outcomes in teenage mothers with their first and third pregnancies and predictors of adverse neonatal events: A cross-sectional study,” *Int J Reprod BioMed* 2021; 19: 1005–1014. DOI: [10.18502/ijrm.v19i11.9916](https://doi.org/10.18502/ijrm.v19i11.9916)
14. Choi F. Perinatal and Developmental Outcomes of Teenage Pregnancy: An Analysis of a 10-year Period in a Local Region in Hong Kong. *HK J Paediatr (new series)* 2022;27:25-32.
15. Kang G. Adverse effects of young maternal age on neonatal outcomes. *Singapore Med J* 2019; 56(3): 157-163.
16. Granados-Pérez G, Caracterización de recién nacidos con depresión cardiorrespiratoria del Hospital Ginecobstétrico “Fe del Valle Ramos”. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3438>
17. Ursache A. Epidemiology of Adverse Outcomes in Teenage Pregnancy—A Northeastern Romanian Tertiary Referral Center. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023; 20: 1226.
18. DeMarco N, Twynstra J, Ospina MB, Darrington M, Whippey C, Seabrook JA. Prevalence of Low Birth Weight, Premature Birth, and Stillbirth Among Pregnant Adolescents in Canada: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2021 Aug;34(4):530-537.
19. Mpimbi S. Individual and Social Level Factors Influencing Repeated Pregnancy among Unmarried Adolescent Mothers in Katavi Region—Tanzania: A Qualitative Study. *Children* 2022; 9: 1523.
20. Huda M, O’Flaherty M, Finlay J et al. Time trends and sociodemographic inequalities in the prevalence of adolescent motherhood in 74 low-income and

- middle-income countries: a population-based study. *Lancet Child Adolesc Health* 2021;5:26–36.
21. Sagalova V, Le Dain A-S, Bärnighausen T, et al. Does early childbearing affect utilization of antenatal care services and infant birth weight: evidence from West and central African region. *J Glob Health* 2021;11:13003.
  22. Mekonnen T, Dune T, Perz J. Maternal health service utilisation of adolescent women in sub-Saharan Africa: a systematic scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:366. 7 Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health* 2018;15:1–11.
  23. Reiner R, Olsen H, et al. Diseases, injuries, and risk factors in child and adolescent health, 1990 to 2017: findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors 2017 study. *JAMA Pediatr* 2019;173: e190337.
  24. Hassen TA, Chojenta C, Egan N, Loxton D. The Association between the Five-Minute Apgar Score and Neurodevelopmental outcomes among children aged 8–66 months in Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6450.
  25. Obsa MS, Shanka GM, Menchamo MW, Fite RO, Awol MA. Factors associated with Apgar score among newborns delivered by Cesarean sections at Gandhi Memorial Hospital, Addis Ababa. *J Pregnancy*. 2020;2020:5986269.
  26. Belachew T, Joseph J. Birth asphyxia and associated factors among newborns delivered in Jimma zone public hospitals, Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *J Midwifery Reprod Health*. 2019;6(2):1289–95.
  27. Woday A, Muluneh A, St Denis C. Birth asphyxia and its associated factors among newborns in public hospital, northeast Amhara, Ethiopia. *PLoS ONE*. 2019;14(12): e0226891
  28. Nozar MF., et. al. *Factores asociados con bajo puntaje de Apgar en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. An Facultad Med (Univ epúb Urug)*. 2019; 6(1):35-44.
  29. Chavez RD, Factores Sociodemográficos En El Riesgo De Parto Prematuro En Gestantes Del Hospital Sergio Bernales En El Período De 2019-2020.

30. Ninanya JC. Factores De Riesgo Relacionados A La Ruptura Prematura De Membranas, Hospital El Carmen, Huancayo, 2020.
31. -Toumi M. Lesieur E. Haumonte J. Blanc J. D'ercole, C. Bretelle F. (2018). Primary cesarean delivery rate: Potential impact of a checklist. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 47(9), 419-424.
32. Kleinbaum D. Estadística en ciencias de la salud: análisis de supervivencia. Nueva York: Editorial Springer-Verlag; 2013; p78.
33. Malik A. La Declaración revisada de Helsinki: ¿cambio cosmético o real ? Revista de la Real Sociedad de Medicina 2018; 109 (5): 184-189.
34. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S. N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012



## ANEXOS

Anexo 1. Tabla de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE Embarazo adolescente	Se Considera una gestación a una edad menor a 20 años.	Etapa Temprana de 10 a 15 años. etapa tardía de 16 a 19 años.	Fecha de nacimiento madre	Cualitativo Nominal
DEPENDIENTE Depresión Neonatal	Corresponde a una valoración menor a 7 puntos tras la aplicación del test al minuto y a los 5 minutos del nacimiento	Depresión Moderado puntuación 4 a 6 puntos Depresión Severa 0 a 3 puntos	Puntuación de Apgar	Cualitativo Nominal
Factores Intervinientes Parto prematuro	Alumbramiento antes de las 37 semanas de edad gestacional.	SI – NO	Edad gestacional	Cualitativo Nominal
Preeclampsia	Trastorno hipertensivo de la gestación	SI – NO	Presión arterial	Cualitativo Nominal
Infección de vías urinarias	Presencia de bacteriuria significativa con síntomas presentes.	SI -NO	Historia Clínica	Cualitativo Nominal
Vía de parto	Se considera la forma del término del parto	Vía vaginal Vía cesaría	Partograma	Cualitativo Nominal
Factores neonatales Líquido meconial	Se considera la primera materia fecal del recién nacido.	SI -NO	Partograma	Cualitativo Nominal

Circular de cordón	Se considera enrollado del cordón en cuello de Recién nacido	SI – NO	Partograma	Cualitativo Nominal
Bajo peso al Nacer	Se considera cuando el recién nacido tiene un peso menor de 2500 gr.	SI - NO	Partograma	Cualitativo Nominal
Restricción de crecimiento intrauterino	Se considera el crecimiento del feto en útero, pero no está acorde a su edad gestacional.	SI -NO	Historia clínica	Cualitativo Nominal

## ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos

Embarazo adolescente como factor de riesgo para la depresión neonatal en el Hospital III-1 de Trujillo, 2022.

### PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... Nº.....

#### VARIABLE INDEPENDIENTE:

Embarazo adolescente : Si ( ) No ( )

#### VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión neonatal : Si ( ) No ( )

#### VARIABLES INTERVINIENTES:

##### Factores maternos:

Parto prematuro: Si ( ) No ( )

Preeclampsia: Si ( ) No ( )

IVU : SI ( ) NO ( )

Vía de parto: Vaginal ( ) Cesaría ( )

##### Factores neonatales:


Líquido meconial. SI ( ) NO( ) Circular

de cordón. SI ( ) NO( ) BPN menor

2500gr . SI ( ) NO( ) RCU: SI ( )

NO( )

### Anexo 3. Modelo del consentimiento informado

 GERENCIA REGIONAL DE SALUD |  HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

*Juntos por la Prosperidad*

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

**AUTORIZACION DE EJECUCION DEL PROYECTO DE TESIS**

N° 106

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.

AUTORIZA:

La realización del Proyecto de Investigación : "EMBARAZO ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESION NEONATAL", periodo Julio a Diciembre del 2023. Teniendo como Investigadora a la estudiante del Programa Académico de Medicina Humana de la Universidad César Vallejo.

Autora:

- LINAREZ DAVILA GINA

No se autoriza el ingreso a UCI de Emergencia

Trujillo, 14 de Noviembre del 2023

  
Dra. Jenny Valverde López  
CMP. 23822 RNE. 11837  
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
Hospital Regional Docente de Trujillo

ESNA/glbm  
c.c. archivo

**"Justicia Social con Inversión"**  
Av. Mansiche 795 - Telef. 231581 - Anexo 225 - 481218 - Telefax. 233112 - Trujillo - Perú  
docencia.hrdt@gmail.com



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, DIAZ VELEZ CRISTIAN, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Embarazo adolescente como factor de riesgo para la depresión neonatal", cuyo autor es LINAREZ DAVILA GINA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 18 de Diciembre del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
DIAZ VELEZ CRISTIAN <b>DNI:</b> 40420852 <b>ORCID:</b> 0000000345932509	Firmado electrónicamente por: DDIAZVE3 el 18-12- 2023 23:54:33

Código documento Trilce: TRI - 0700400