



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**DESESPERANZA EN ADOLESCENTES GESTANTES
ATENDIDAS POR CONSULTA PRENATAL DEL
HOSPITAL II-1 SAÚL GARRIDO ROSILLO-TUMBES,
2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA
BACHILLER CRISTINA SILVA CORDOVA

ASESOR
MGTR. SERGIO ENRIQUE VALLERÍOS

PIURA- PERÚ
2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Mgtr. Carmen Patricia Eras Vines
Presidente

Mgtr. Susana Carolina Velásquez Temoche
Miembro

Mgtr. Kelly Yanet Munárriz Ramos
Miembro

Mgtr. Sergio Enrique Valle Ríos
Asesor

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante en mi formación profesional.

A mi esposo Harnan y especialmente a mi hijo Alexander, por su tolerancia y estar conmigo en todo momento para lograr esta meta.

A mi madre y hermanos, prima, cuñado porque creyeron en mí, brindándome su apoyo. Motivándome a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Al programa de adolescentes y maternidad del Hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” por su apoyo y facilidades brindadas, en la presente investigación.

Al asesor Mgtr. Sergio Enrique, por dedicar su tiempo, esfuerzo y sus conocimientos durante el desarrollo de esta investigación.

A todas y cada una de las personas, que directa e indirectamente colaboraron en la prosperidad de la investigación.

RESUMEN

Existe un alarmante incremento de los embarazos en adolescentes. Tumbes no es ajeno a esta realidad convirtiéndose un problema de salud pública, según investigaciones internacionales las expectativas sobre el futuro de las adolescentes gestantes son predictores consistentes de la desesperanza y el riesgo suicida, ser madre adolescente es un problema de alta complejidad cultural y educativa, bajo este enfoque el presente estudio tuvo como objetivo general, determinar la desesperanza en adolescentes gestantes del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016. Se utilizó una metodología de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo con un diseño no experimental transversal; la población muestral constituida con 90 adolescentes gestante de 16 y 17 años. Las que se aplicó como instrumento la escala de desesperanza Beck que consta de 20 ítems, adaptación peruana realizada por Aliaga y otros, (2005). que permitió evaluar y categorizar el nivel de desesperanza de las adolescentes gestantes, obteniéndose los resultados más destacados en adolescentes gestantes de 16 y 17 años, se encuentran en un nivel leve de desesperanza.

Palabras claves: desesperanza, adolescentes, gestantes

ABSTRACT

There is an alarming increase in teenage pregnancies. Tumbes is no stranger to this reality becoming a public health problem, according to international research expectations about the future of pregnant adolescents are consistent predictors of hopelessness and suicidal risk, being a teenage mother is a problem of high cultural and educational complexity, under this approach, the present study had the general objective of determining the hopelessness in pregnant adolescents of hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo -Tumbes, 2016. A methodology of quantitative type, descriptive level with a non-experimental transverse design was used; the sample population constituted with 90 pregnant adolescents of 16 and 17 years old. Which was applied as an instrument the scale of despair Beck, Peruvian adaptation by Aliaga and others, (2005). that allowed evaluating and categorizing the level of hopelessness of pregnant adolescents, obtaining the most outstanding results in pregnant adolescents of 16 and 17 years; they are at a slight level of hopelessness, which means according to the scale proposed by Beck and Steer (1988). That they are not predictors of an eventual suicidal behavior.

Keywords: despair, adolescents, pregnant

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
III. METODOLOGÍA	52
3.1 Tipo y nivel de la investigación.....	52
3.2 Diseño de la investigación	52
3.3 Población y muestra	53
3.4. Definición y operacionalización de variables e indicadores.....	54
3.5 Técnicas e instrumentos.....	56
3.6. Plan de análisis.....	57
3.7. Matriz de Consistencia.....	58
3.8. Principios éticos.....	59
IV. RESULTADOS	60
4.1. Resultados	60
4.2. Análisis de los resultados.....	65
4.3. Contrastación de hipótesis.....	67
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I	Nivel de desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016.....	60
Tabla II	Nivel de desesperanza según la edad de 16 y 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo -Tumbes, 2016.....	61
Tabla III	Nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria y superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016.....	62
Tabla IV	Nivel de desesperanza según la condición de convivencia con los padres, pareja y suegros en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo -Tumbes, 2016.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01	Nivel de desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo -Tumbes, 2016.....	60
Figura 02	Nivel de desesperanza según la edad de 16 y 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016.....	61
Figura 03	Nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria y superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016.....	62
Figura 04	Nivel de desesperanza según la condición de convivencia con los padres, pareja y suegros en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016.....	63

I. INTRODUCCIÓN.

Cifras alarmantes nos brinda la OMS, en cuanto a embarazos en adolescentes menores de 15 años; siendo estas últimas de aproximadamente un millón y cerca de 16 millones de adolescentes cuyas edades están entre 15 y 19 años; Tumbes no es ajeno de esta realidad; La DIRESA - Tumbes señala que la cifra de embarazos en mujeres de 12 a 17 años es aproximadamente, unos quinientos casos por año. Indicando también que se ven afectadas psicológicamente por el rechazo social, la deserción escolar y probable abandono de la pareja. (Valladares, 2017).

Cabe destacar que la adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, aquí es donde la adolescencia logra generar numerosas crisis internas, provocando la variabilidad del estado de ánimo.

Actualmente el embarazo en las adolescentes es considerado como un problema de índole social, la maternidad en nuestro país empieza desde los 11 años arriesgando con ello su salud; Según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES (2016) señala que el desarrollo social y económico de un país incluyendo la calidad de vida, dependen del nivel educativo de su población. En el año 2016 la asistencia escolar disminuye enormemente, en la población de 16 a 20 años (56,3%) y se nota más aún en la población de 21 a 24 años (27,7%). En cuanto a la parte geográfica podemos señalar que el mayor número de mujeres entrevistadas con Educación Secundaria Completa o Superior se registró en la ciudad de Lima (80,2%); mientras que, al encuestar sobre su estado conyugal actual, el 31,3% de las mujeres eran solteras y 57,5% se encuentra en unión conyugal (el 21,4% señala estar

casada y el 36,1% en unión consensual) mientras que la mayoría de los menores de 15 años de edad aún Vivian con sus padres.

La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores con la elaboración de la Escala Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) ciñéndose al modelo propuesto por Stotland (1969) se define como un sistema de esquemas cognitivos cuya denominación común son las expectativas negativas sobre el futuro, sea este de inmediato o remoto.

La persona desesperanzada cree que nunca saldrá adelante por sí misma, piensa que jamás llegara a tener éxito en todo lo que intente en su vida futura; en el mundo hay millones de adolescentes que mueren por causas prevenibles o tratables. La desesperanza parte de la imposibilidad que tiene el sujeto para reaccionar ante una experiencia aversiva que le recuerde experiencias traumáticas del pasado, mientras que la depresión reactiva se origina en situaciones del presente; tales como el fracaso escolar, problemas afectivos y económicos; podríamos decir que la desesperanza y la depresión son similares ya que producen síntomas parecidos; así también podríamos señalar que ambas son de diferentes orígenes.

La ausencia de verdaderas políticas en cuanto materia de Educación Sexual y la mala información de los medios de comunicación con respecto a la formación de valores han contribuido a incentivar la promiscuidad y el erotismo desde muy temprana edad. El poder establecer su prevalencia en la

población adolescentes permitirá plantear alternativas de prevención que contribuyan a mejorar la calidad de vida de nuestros adolescentes y por ende disminuir las alternativas de actos suicidas.

Debido a la situación descrita anteriormente, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II -1 Saúl Garrido Rosillo -Tumbes, 2016? Para dar respuesta al problema surge los siguientes objetivos. Determinar la desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II- 1 Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016; sobre la base de las consideraciones anteriores se deducen los objetivos específicos.

Identificar el nivel de desesperanza según la edad de 16 y 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes,2016.

Identificar el nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria y superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo -Tumbes,2016.

Identificar el nivel de desesperanza según condición de convivencia con los padres, pareja y suegros en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo -Tumbes, 2016.

El presente estudio de investigación se justifica porque posibilitó conocer la desesperanza en adolescentes gestantes, y sus implicancias psicológicas y la

percepción que tienen; observando un incremento de adolescentes en estado de gestación que se evidencia en la región de Tumbes, que se ha convertido en un problema de salud pública, es por ello que se pretendió conocer la desesperanza y el actuar de las adolescentes gestantes del hospital Saúl Garrido Rosillo .Asimismo, es importante, porque no se cuenta con antecedentes e información acerca de la variable psicológica en la población de estudio .Por esta razón se realizó esta investigación que nos permitió conocer las características sociodemográficas; edad, grado de instrucción, y estado de convivencia; con los resultados que se obtengan se podrán generalizar a principios más amplios del conocimiento del tema a nivel regional y nacional. Planteando estrategias políticas sociales en beneficio de las adolescentes gestantes, familia y comunidad.

A nivel práctico de la investigación puede contribuir al hospital II- 1 Saúl Garrido Rosillo de Tumbes y la sociedad en general, empoderando a la adolescente gestante, a través de psicoterapia.

La presente investigación está conformada por cinco capítulos: capítulo I introducción, en donde se describe y contextualiza la situación problemática en la realidad desde donde se extrae el problema de investigación, se plantea el problema a través de una pregunta de investigación, asimismo el objetivo general y específicos, justificación; capítulo II revisión de la literatura, presenta antecedentes de la investigación en diferentes espacios: internacional, nacional local, bases teóricas de la investigación, hipótesis general y específicas; capítulo III metodología señala el tipo y nivel de

investigación, diseño de la investigación, población y muestra, definición y operacionalización de la variable, técnica e instrumento, plan de análisis, matriz de consistencia, principios éticos; IV resultados, análisis de los resultados, contrastación de hipótesis; V Conclusiones y recomendaciones, Referencias bibliográfica, y anexos.

II. REVISIÓN LITERARIA

2.1. Antecedentes

A. Antecedentes internacionales

Andrade, S.J., Duffay, P.L., Ortega, M. P., Ramirez, A.E., Carvajal, V.J., (2016). Realizaron una investigación en Colombia titulada Autoestima y desesperanza en adolescentes de una Institución del Quindío. En una muestra de 224 adolescentes de 13 y 19 años de edad. Con una metodología empírico-analítica con diseño descriptivo correlacional cuyo objetivo es hallar la relación entre niveles de autoestima y desesperanza en adolescentes de los grados 9º, 10º y 11º de bachillerato de una institución educativa pública del departamento del Quindío. Se aplicó la escala de Desesperanza de Beck y el inventario de autoestima de Rosemberg. Se encontró que el riesgo de suicidio o grado de desesperanza es “ninguna o mínima” fue del 59,4%, el riesgo leve 26,8%, moderado 12,9% y alto 0,9%. El riesgo mínimo en mujeres fue del 33,5% y alto del 0,9%, mientras en los hombres prevalece el riesgo mínimo 29,5%, leve 17% y moderado 7,1%. La desesperanza se incrementa en los adolescentes por factores motivacionales y cognitivos que dan forma a la ideación suicida y elevan los riesgos de suicidio. La autoestima baja no es un factor consistente en la ideación suicida.

Carbonell, Malavolta, Cremonese, Wilhelm, Neumaier, Ressel, (2014). Realizaron una investigación en Chile, titulado Expectativas

de adolescentes gestantes para el futuro; en una muestra donde participaron ocho adolescentes sobre su futuro. Con una metodología de tipo cualitativo, en una unidad básica de salud. La técnica de la entrevista narrativa se utilizó para producir los datos, que fueran analizados utilizando la técnica de análisis temático. Resultados las adolescentes construyen su identidad como madre, de su experiencia del embarazo y la construcción de una identidad de mujer – madre. En relación con el niño, aspiraba a lograr estas buenas condiciones de vida, a través de su obra. En conclusión, el estudio demuestra que la sociedad ha experimentado cambios en el tiempo y que estos han influido en las representaciones de la maternidad de manifiesto la existencia de elementos tales como el deseo de ser madre.

Ceballos, G y otros. (2013). En su estudio realizado en Antioquia, titulado Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. Estudio de tipo descriptivo-correlacional y diseño trasversal, en donde se utilizó una encuesta sociodemográfica, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). La muestra estuvo conformada por 30 adolescentes gestantes, encontrando prevalencia de depresión de 33,4% y 56,6% de ideación suicida; se registró relación significativa de $[r= ,531]$ $[sig.=0,003]$ entre la depresión e ideación suicida. Las adolescentes embarazadas presentan niveles de depresión leve o moderada, y niveles de ideación suicida medio, alto y muy alto.

Benalcázar, A. P. (2013). En su investigación realizada en Quito. titulada. Estudio de las relaciones entre autocontrol y desesperanza en adolescentes entre 12 y 18 años Víctimas de trata de personas por fines de explotación sexual comercial infantil y violencia, acogidas en la “Fundación nuestros Jóvenes”. Se concluye que la 9 participante del estudio a la fundación de nuestros jóvenes presenta un nivel de autocontrol bajo al momento de ingresar a la Institución, de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del Test de CACIA. En la segunda evaluación de autocontrol, se pudo observar que el autocontrol incrementa su nivel.

Los resultados obtenidos en el documento Ad Hoc 1 concerniente a la Desesperanza Aprendida que se les aplicó a las 9 participantes de la fundación de nuestros Jóvenes, se ha podido concluir que el nivel de desesperanza aprendida es alto. Se ha observado además que las 9 participantes mantienen una convivencia inadecuada con sus compañeras dentro del hogar de acogida de la Fundación Nuestro Jóvenes, esto asociado al nivel de Desesperanza Aprendida que presentan. Por otro lado, se ha podido constatar que el autocontrol no se asocia a la convivencia inadecuada.

Se concluye de acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del Test de CACIA pre y post intervención y su análisis estadístico que la intervención que se les brindó a las participantes por parte del área de psicología de la Fundación Nuestro Jóvenes por un periodo de cinco

meses ha sido adecuada y han logrado mejorar los niveles de autocontrol de las participantes desde que ingresan hasta que concluyen su permanencia en la misma.

Rojas (2014) Según investigación titulado comida “chatarra”, la desesperanza, pornografía y drogas están ocasionando estragos en adolescentes. que realizó la clínica del adolescente del hospital Nacional de niños en Costa Rica, en una muestra donde participaron adolescentes entre 13 y 17 años de edad,” los niveles de desesperanza son grandes en los adolescentes, sabemos que el 40% del total de quienes se quitan la vida tienen menos de 30 años de edad y lo más alarmante es que se está dando uno por día en costa rica y en personas muy jóvenes”, recalcó el Dr. Morales.

González, y Hernández (2012), realizaron una investigación, titulada la desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. Universidad Autónoma de Coahuila- Xalapa, México. El presente estudio aborda el fenómeno desde la perspectiva de la Escala de Desesperanza de Beck, aplicada a una muestra de hombres y mujeres de 15 a 29 años. El procesamiento de los datos se hizo mediante el análisis de regresión logística a fin de generar un modelo que explique los predictores del riesgo suicida. Los resultados permiten concluir que la presencia de riesgo, en lo que respecta a la pérdida de motivación y expectativas negativas sobre el futuro, son

predictores consistentes de la desesperanza y el riesgo suicida, analizados a partir de la edad y el sexo de los sujetos.

B. Antecedentes nacionales

Conde, P. (2016) en su investigación titulada “Desesperanza e ideación suicida en pacientes derivados al servicio de psiquiatría de un hospital de Chimbote”, su fin es identificar la relación entre las variables de desesperanza e ideación suicida en pacientes derivados al servicio de psiquiatría de un hospital de Chimbote. Su metodología de diseño no experimental, de tipo correlacional, de corte transversal, tuvo como muestra 97 pacientes de un hospital de Chimbote; el instrumento utilizado fue la Escala de Desesperanza de Beck(EDB), adaptada por Aliaga et. al, (2006), y la Escala de ideación suicida de Beck(EIS), adaptada por Eugenio y Zelada (2011), para la obtención de los resultados se utilizó frecuencias, porcentajes para describir las características de la variable y el coeficiente de fiabilidad de cronbach para obtener la validez interna de la escala aplicada; para el análisis de la relación entre ambas variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, donde se encontró una relación de 0,44 evidenciando que no existe la relación entre ambas variables pero se resaltó la correlación entre algunas de las dimensiones de ambas pruebas; presentando así el 74.2% de la población estudiada un nivel alto de desesperanza y el 75.3%, ideación suicida.

C. Antecedentes locales

López, G. (2017) en su investigación titulada Nivel de desesperanza de los estudiantes del segundo grado de secundaria de la Institución Educación N° 093 Efraín Arcaya Zevallos Zarrumilla-Tumbes, 2015. Cuyo objetivo es identificar el nivel de desesperanza en los estudiantes del segundo año de secundaria de la institución Educativa N° 093 Efraín Arcaya Zevallos, Zarumilla-Tumbes, 2015. Se trabajó una metodología tipo descriptivo del nivel cuantitativo, no experimental de corte transversal. Contando con una población muestra de 162 estudiantes de ambos sexos; el instrumento que se manejó para la medición fue la Escala de desesperanza de Beck, que consta de 20 ítems. Se concluye que el 71% de los estudiantes tiene un nivel de desesperanza Bajo, el 29 % tiene un nivel Medio y 0% en el nivel Alto.

Rujel y Silupu (2016) realizaron un estudio denominado factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el control prenatal hospital “SAGARO” II-1-Tumbes. Su objetivo fue determinar los factores que se asocian al embarazo en adolescentes que acuden al control prenatal en el Hospital Saúl Garrido Rosillo. Con una metodología de tipo descriptivo y transversal, la muestra estuvo conformada por 52 gestantes, se utilizó como instrumento un cuestionario diseñado de acuerdo con los objetivos de la investigación. Los resultados encontrados fueron: el 50% (26) de

gestantes adolescentes comprendidas entre 17 – 19 años no planificaron su embarazo, el 69% (36) de gestantes adolescentes tienen estudios secundarios, el 54% (28) si reciben apoyo económico de sus padres, el 69% (36) tiene una familia funcional y el 37% (19) que iniciaron sus relaciones sexuales entre 14 – 16 años tenían conocimientos previos de métodos anticonceptivos. Las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo tenían factores comunes como: la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, origen familiar funcional y conocimientos previos de métodos anticonceptivos.

2.2. Bases teóricas de la investigación.

2.2.1. Desesperanza

Definición.

La desesperanza es considerada como el deseo de escapar de ciertos problemas denominados insolubles sin la esperanza de un posible alivio en el futuro; desde este punto de vista la desesperanza es considerada como un sistema de esquemas cognitivos, el mismo que toma como base las expectativas negativas, conduciéndolo generalmente hacia la desesperación y el desinterés por vivir. Beck (citado por Carmela 2017).

La Desesperanza.

La desesperanza es considerada desde lo psicológico como una condición suficiente para la acción, las personas que empiezan a vivir la desesperanza comienzan a sentirse apáticos, inactivos; generalmente tienen sentimientos, pero los agobia la falta de energía para actuar. La teoría de desesperanza o teoría de depresión por desesperanza propuesta por Abramson, Metalsky y Alloy (1989), postula una nueva teoría con respecto a la nosología de los trastornos depresivos.

La desesperanza considerada también como la expectativa negativa relacionada a la ejecución de una acción importante, enlazada a sentimientos que carecen de defensa sobre la posibilidad de manejar la ocurrencia de tal suceso. La

teoría es traducida como un modelo de diátesis – estrés especificando una cadena de causas distantes y próximas aumentando la probabilidad de depresión, la cual culmina en desesperanza.

Es de vital importancia saber identificar la forma como clasifican los sucesos las personas y el grado de importancia que les atribuyen , lo cual ayuda al desarrollo de la desesperanza permitiendo de esa forma que el desarrollo de los síntomas de depresión sea mayor; en los sucesos presentados se tendría que evaluar de qué manera la persona atribuye los acontecimientos o sucesos, a partir de allí la desesperanza podría estar acompañada de un baja autoestima, una maldición; también considerada como una frustración e impotencia debido a que en el pensamiento de la persona no hay posibilidad de lograr una meta o contrarrestar aquella situación que sea negativa, Dicho concepto también ha sido abordado por la psicología existencialista.

Gonzales y Hernández (2012) la desesperanza aprendida, considerada como el estado del individuo que no le permite emitir respuesta alguna para evitar la estimulación aversiva, dado que le es imposible escapar. La desesperanza no se puede concebir como la decepción ni desesperación; dado que la decepción está considerada como la percepción de una

expectativa defraudada, mientras que la desesperación es considerada como la pérdida de la paciencia y de la paz.

La evaluación del constructo desesperanza se dio gracias a las aportaciones de Beck y sus colaboradores a partir de la elaboración de la Escala Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) basándose al modelo propuesto por Stotland (1969), el BHS no fue diseñado para detectar la desesperanza en adolescentes en una población adulta normales, sin embargo se han realizado estudios con ambos propósitos incluyendo adolescentes de 13 años (Durham, 1986; Greene, 1981; Jonson y Cucheton, 1981; Tipol y Tezniikoff, 1982; citado en Beck y Steer, 1989). Por otro lado, el BHS ha mostrado consistentemente ser bastante útil como un indicador indirecto del riesgo de suicidio en depresivos o en individuos que han intentado el suicidarse (Beck y Steer, 1988). En vista de estas características, la adaptación peruana de esta escala fue realizada por Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enriquez, 2005; 2006, considerando la necesidad de disponer de un instrumento útil para la medición de la desesperanza en un contexto social que indica que el 20% de limeños padecen de depresión la misma que esta cercanamente relacionada con el suicidio o intento de suicidio, y, a su vez, configura una tendencia que está comprometida cada vez a adolescentes y niños (Vásquez, 1998).

El BHS está basada en una visión cognitiva de la Desesperanza, consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta, verdadero o falso. No tiene tiempo límite de aplicación, pero generalmente toma de 5 10 minutos.

El BHS sólo estima la severidad de la desesperanza, por ello es clínicamente importante prestar atención a otros aspectos del funcionamiento psicológico particularmente los niveles de la depresión y la ideación suicida. Ayuda a la interpretación la siguiente escala de puntajes propuestos por Beck y Steer (1988): 0-3, Rango normal o asintomático; 4-8, Leve; 9-14, Moderado; y 15-20, Severo. Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida.

Como superar la Desesperanza.

1. Es importante y saludable no tener que vivir con un sentimiento de soledad. Es mejor compartir con alguien de entera confianza, las tristezas se superan de manera rápida si existe alguien con quien compartirlas; es indispensable en algunas ocasiones romper el círculo de la soledad y buscar la compañía terapéutica. En situaciones de sufrimiento es mejor evitar el rol de victima para tomar el protagonismo de nuestra propia historia, alimentando con ello el amor propio.

2. Es importante la búsqueda de un sentido concreto con respecto al sufrimiento, teniendo en cuenta que el objetivo es relativizar el dolor

2.2.2. Características sociodemográficas.

Definición conceptual: Es el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que se observan en la población a estudiar, considerando solo aquellas que pueden medirse o contarse: sexo, edad, estado marital, nivel de instrucción, ocupación y otros.

La edad: Hace referencia al tiempo vivido de una persona, considerando desde su nacimiento hasta el momento de estudio, siendo esta de vital importancia en la vida reproductiva de las mujeres; en la adolescencia se estima un embarazo de alto riesgo obstétrico, lo cual es un indicador de alto riesgo debido a las condiciones del embarazo.

Niveles de instrucción:

Es el indicador que revela el alto grado de estudio alcanzado por el individuo, sin considerar si se ha terminado o no, distinguiéndose los siguientes niveles: Primaria, Secundaria y Superior.

Convivencia:

Es la acción de convivir en compañía de otro u otros, se trata de un concepto relacionado a la coexistencia armoniosa de

grupos humanos de un mismo espacio. La convivencia no siempre suele ser fácil, debido a la interferencia de manera negativa de algunas diferencias sociales, culturales o económicas, entre otras.

Convivir es una estrategia que permite desarrollar la capacidad de vivir con otras personas y establecer relaciones positivas; de dialogo, entendimiento y respeto, aceptando a las personas tal como son.

Convivencia en los padres:

Es la acción de haber crecido bajo la protección y cuidados de los padres.

Convivencia en parejas:

Hoy en día la mayoría de las parejas prefieren evitar la boda, inclinándose por la convivencia sin organizar ningún evento matrimonial,

Las relaciones de parejas pueden ser gratificantes, debido a que el vínculo que los une suele ser positivo siendo esto un indicador que el amor es una suma y no una resta. Teniendo en cuenta de que el amor verdadero es aquel en el cual las dos personas suelen complementarse a pesar de las diferencias que puedan presentarse entre ellos, adoptando un estilo de vida compatible, con una similitud en cuanto a los valores e ilusiones compartidas. Resaltando que cada uno de ellos se da su propio espacio

2.2.3. La Adolescencia

Definición:

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2017), define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años.

Etapas de la Adolescencia:

Adolescencia temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia Intermedia (14– 16 años): Es aquí cuando se completa prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Es la edad promedio de inicio de experiencias y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas

omnipotentes casi siempre generadoras de riesgos. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 – 19 años): Tiene una imagen segura de su identidad de género, desarrolla destrezas para la resolución de problemas de forma realista, se presenta con mayor fuerza la intimidad emocional, casi no se dan los cambios físicos aceptando su imagen corporal, se acerca nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquiriendo mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares pierde su jerarquía; Este paso hacia la madurez viene acompañado de diversos conflictos exteriores e interiores, el no haberse preparado para afrontar el papel del adulto habiendo logrado la madurez “Formal”.

2.2.4. Gestantes

Definición

Se le denomina al estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación finalizando con el parto en el cual se experimentan una serie de cambios tanto fisiológicos como psicológicos; esta etapa tiene una duración de 9 meses y en algunos casos 8 o 7 meses.

La Gestante Adolescente

Una de las grandes preocupaciones del Estado es el embarazo en adolescentes, debido al trastorno psico-emocional, social y económico que afectan el desarrollo personal de la madre adolescente, a su pareja y al niño por nacer. Está comprobado científicamente que el embarazo en adolescentes, afectan su vida sexual, las percepciones que tienen del mundo y la manera de afrontarlo como un proyecto no organizado pero que hay que sacarlo adelante; en el embarazo la mujer está rodeada de riesgos que pueden presentarse en abortos o trastornos psicosomáticos en la madre en gestación. Naturalmente el problema sobre adolescentes gestantes involucra los aspectos afectivos, psicológicos, sociales de la adolescente consigo misma, con su familia y el entorno sociocultural.

La autoimagen, la autonomía y el cuidado de sí misma entran en conflicto al tratarse de una gestante adolescente, debido a que ella no está preparada para asumir las implicancias desde el punto de vista económico, social, afectiva y cultural del embarazo. Todo esto llega repercutir debido a que se ve afectado el sistema de representación de la adolescente, su proyecto de vida, la profilaxis, poniendo en riesgo con ello su salud reproductiva y el manejo del embarazo.

Para algunas adolescentes su embarazo se convierte en una desesperanza, por los diversos obstáculos con los que tiene que lidiar para salir adelante, puesto que desde todo punto de vista se le reducen los espacios para vivir mejor, para terminar de estudiar y lo más valioso cumplir con sus sueños y sus ilusiones. Según el último reporte dado por la OMS, el 49,2% de la población adolescente en el Perú son mujeres y de ellas el 12,5% están en gestación o ya son madres.

La Gestante Soltera

En las madres adolescentes el embarazo tiene mayores riesgos maternos y perinatales cuanto mayor es la cercanía a la menarquía. Algunas mujeres enfrentan el desafío de un embarazo y una maternidad sin la compañía de una pareja, en algunos casos por decisión propia, en otros por circunstancias ajenas a la propia voluntad. Hay muchas razones que hacen que una mujer pueda encontrarse sola en este momento. Quizás un embarazo no planeado, inesperado hace que el padre desaparezca. También una relación puede terminar durante el embarazo o el padre por alguna enfermedad o accidente no puede participar en el mismo. Con menor frecuencia, puede ser una decisión tomada en forma individual.

Por lo general los cambios hormonales son los causantes de que las futuras madres estén a merced de su estado de ánimo.

Con más frecuencia se pueden sentir tristes o sensibles a cualquier actitud o situación, por eso es recomendable que se busque apoyo, bien sea en la familia, en alguna amiga o amigo; un aspecto que puede ser delicado para algunas embarazadas es el factor monetario. Pensar en la manutención del bebe y en satisfacer todas sus necesidades, puede ser un tema preocupante.

Consecuencias del embarazo adolescente

En el Perú 9 de cada 10 madres adolescentes no asisten a un centro de educación. La no culminación de la formación educativa es quizá una de las limitaciones más cruciales que tienen que afrontar las adolescentes involucradas. Según la información disponible, del total de embarazadas del grupo de edad de 15 a 19 años, solo el 9.3 % asistía a un centro de educación en el año 2012, el restante 90,7% declaro que no asiste. Esta condición de insistencia es aún mayor en el ámbito rural. El 94,7% de adolescentes madres no asiste a ningún centro educativo y solo lo hacen un 5,3%. En el área urbana la relación es de 87,8% de no asistencia frente al 12.2% de asistencia. La adolescente tiene el riesgo de experimentar anemia, preclamsia y complicaciones en el parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Los bebes de estas tienen alta tasa de mortalidad, malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia, estos

niños experimentan mucho más problema de conducta y funcionamiento intelectual disminuido. Los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia. Otras consecuencias en edades tempranas es el riesgo de aborto clandestino que pone en riesgo su vida. Infecciones de transmisión sexual.

2.2.5. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia:

Factores dependientes de la vida familiar

Tipo de educación recibida por los padres. Se clasifica en: rígida, tolerante y adecuada.

- **Rígida:** aquella en que los adolescentes se desarrollaron los primeros años de sus vidas, sobreponiéndose a la tensión, temor, frustración, sin dejar de lado la desconfianza generada por inadecuada relación entre los miembros e la emocional entre los integrantes de la familia.

- **Tolerante:** Aquella que fue desarrollada basada en el exceso de cariño, la preocupación de los cónyuges, abuelos y otros familiares; produciendo que más adelante este infante en su adolescencia o juventud tenga la esperanza de querer recibir

demasiado, lo que generaría un obstáculo en el desarrollo de la capacidad de amar.

- **Adecuada:** Aquella en la que el joven se desarrolla en una atmosfera de confianza, seguridad, amor y protección, lo que le transmite una experiencia positiva y un adecuado desarrollo de su personalidad.

Relaciones con los padres: se dividió en:

Relación adecuada: Aquella desarrollada bajo la relación armónica entre padres e hijos, respeto y la buena comunicación entre los miembros de la familia; garantizando de esa manera un desarrollo integral.

Relación inadecuada: Aquella desarrollada en un clima familiar inadecuado, donde no se refleja la comunicación ni el respeto mutuo entre los miembros de la familia.

Conversación con los padres sobre los aspectos de la sexualidad y la reproducción:

Se centró en averiguar si se daba la comunicación entre los jóvenes y sus padres en el aspecto de la sexualidad la misma que le permitiría alcanzar la confianza para tratar temas relacionados a ello; las gestantes adolescentes con este tipo de relación decidieron involucrarse en las no expuestas, mientras que el resto opto por constituir el grupo de los expuestos

Factores dependientes de la vida personal:

Responsabilidad de la pareja

Se refleja la responsabilidad individual, en donde el varón es consciente de su accionar reconociendo sus errores tomando conocimiento de la consecuencia de sus actos, sin dejar de preocuparse por la pareja brindándole su apoyo tanto espiritual y económico a las gestantes adolescentes.

Familias

Las familias deben avanzar en la construcción de un clima de confianza, alta comunicación, dialogo abierto y crítico. La reproducción, la sexualidad y el embarazo no pueden seguir siendo temas tratados en una atmosfera de prohibición. Las jóvenes son capaces de enfrentar conversaciones sobre estos temas de un modo razonado y abierto. Es preciso que el núcleo familiar amplíe sus fronteras de dialogo para derribar las barreras de incomunicación y la falta de confianza.

En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo los estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, hermana(s) y madre con embarazo en la adolescencia, que según a este último, Lete, De Pablo, Martínez y Parrilla (2001), las adolescentes provenientes de estas madres tienen el doble de posibilidades de tener un embarazo durante la adolescencia. De acuerdo a resultados

obtenidos por Póo, Baeza, Capel, Llano, Tuma y Zúñiga (2007) el padre ausente y las carencias afectivas son considerados a su vez como factores de riesgo para el embarazo adolescente (Winkler y otros, 2005). Citado por Quezada B.L(2011).

La Familia y su estilo de Comunicación

La familia es el origen donde se determinará como aprendemos a comunicarnos con los demás, donde los hijos imitan los gestos y tonos de voz de sus padres y hermanos mayores, y son los miembros de la familia quienes interpretan lo que están pidiendo el estilo y la forma de comunicación que tengan como familia están influida a su vez por la historia de comunicación de las familias de los padres. En ese sentido, es importante siempre tener en cuenta que existen estas dos formas de comunicarnos verbal y no verbal. La primera se refiere a la comunicación a través de la palabra, lo que decimos o escribimos. Lo no verbal corresponde a gestos, actitudes, postura corporal, tono de voz o miradas. La comunicación es afectiva cuando lo que se trasmite es comprendido por el interlocutor. Para que la comunicación sea efectiva es importante que el mensaje que se trasmite sea coherente en nuestra expresión verbal y no verbal. La comunicación al interior de las familias es una de las funciones principales para poder expresar necesidades y que estas sean escuchadas y

satisfechas por otro miembro de la familia. La dificultad habitual de los miembros de un hogar radica en pensar que la otra persona va poder adivinar lo que uno necesita.

Es fundamental que todos los miembros de la familia expresar sus necesidades, emociones y expectativas sin el temor a ser rechazado o no ser considerados por los demás. Al hacer explícitas estas necesidades se establecen relaciones más claras y eficientes. El pensar que otros pueden adivinar mis necesidades sólo produce acumulación de rabia y frustración en las personas, interpretándose erróneamente la falta de adivinación como falta de cariño o de preocupación. Refiere Unicef (citado por Angulo; 2016).

La Comunicación entre Padres

El lenguaje es el medio de comunicación más importante de relación entre las personas, alcanzando el contacto más íntimo a través del diálogo; En la familia deben existir reglas para regir los comportamientos individuales. Aunque nos disgusta perder parte de nuestra individualidad y punto de vista, siendo esto necesario para proyectar metas en común de relación. Es importante que la comunicación sea abierta, sincera y auto responsable. Katz, García (citado por Angulo; 2016)

La familia y prosperidad

Este reporte recopila datos sobre 29 países de los cinco continentes respecto a temas de familia. Estos datos fueron analizados por una red de investigación internacional, liderada por el Profesor investigador de la Universidad de Virginia, el sociólogo Bradford Wilcox, con la colaboración de diversas instituciones educativas y de investigación alrededor del mundo como Social Trends Institut. Afirma que, a largo plazo, la prosperidad de la economía moderna aumenta y disminuye con la familia. El informe enfoca los roles clave que el matrimonio y la fecundidad juegan en el mantenimiento del crecimiento económico a largo plazo, la Viabilidad del Estado de bienestar, la cantidad y la calidad de la mano de obra, y la productividad de los grandes sectores de la economía moderna.

El mensaje de fondo que el dividendo demográfico sostenible es que las empresas, los Gobiernos, la sociedad civil y los ciudadanos se verían beneficiados si se fortaleciera la institución familiar, en parte porque la riqueza de las naciones y el comportamiento de los grandes sectores de la economía moderna dependen, en gran medida, del futuro de la familia. El 5% de las familias peruanas sufre de pobreza absoluta, según el Mapa Mundial de la familia 2014.

Socio Economía Familiar.

Las recientes crisis económicas han supuesto un factor de estrés para las familias con hijos. La pobreza se ha documentado ampliamente como factor de riesgo para el desarrollo negativo de los niños. Los infantes que crecen en condiciones de pobreza sufren más problemas sociales, emocionales, comportamentales y de salud física que aquellos que no lo hacen. Los niños pobres también obtienen puntuaciones más bajas en las pruebas cognitivas, y tienen una menor probabilidad de estar preparados para entrar en la escuela que sus homólogos más acomodados.

En función de la edad a la que se experimenta, la pobreza influye de manera distinta en los niños. Las diferencias en el desarrollo de los niños pobres y aquellos que no lo son pueden detectarse ya en el segundo año de vida del pequeño. En la adolescencia, la pobreza puede llevar a los padres a proporcionar una menor educación y una disciplina menos consistente a sus hijos, provocando sentimientos de soledad y depresión en los jóvenes.

2.2.6. El Embarazo Adolescente en el Perú Situación actual e Implicancias para las Políticas Públicas.

Impactos del Embarazo Adolescente.

Son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada que, son la mayoría algunos de los impactos más estudiados en nuestro país, que tienen que ver con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza menos reconocidos, pero no por falta de evidencias, son sus asociaciones de riesgo con la desnutrición infantil y la muerte temprana (de la adolescente y de sus hijos). En conjunto o por sí solos, configuran un potencial efecto negativo para los intentos de capitalizar la oportunidad derivada del cambio poblacional y hacer realidad el bono demográfico.

La actividad educativa se presenta de dos formas, una de ellas que conlleva a la deserción escolar, y la otra llamada la educación de mala calidad que produce el desaliento para continuar la escuela. En el Perú la deserción escolar ya sea por el embarazo, el matrimonio o por el cuidado de niños, presenta una variación de acuerdo a los departamentos; esto es del 10% al 20% de las mujeres que van desde los 15 a los 24 años dejaron de estudiar por algunas de las razones señaladas líneas arriba;

mientras que 9 de cada 10 de estas madres adolescentes no reciben ningún tipo de educación ya que no asisten a ninguna institución educativa y de acuerdo a los estudios realizados en América Latina, las más pobres que tienen oportunidad de acceder a una educación aunque de muy mala calidad, no creen que dicho acceso altere de forma alguna su futuro. Los efectos que puedan presentarse a partir de la continuidad en la escuela secundaria, los estudios han demostrado que en el área urbana el haber tenido algún parto en los últimos tres años ha repercutido llegando a reducir en 33% las posibilidades de progreso a través de los estudios. Mientras que en el área rural tal probabilidad ha logrado alcanzar el 39%. Una vez más, la educación de mala calidad no hace más que reforzar todas las exclusiones; hay que tener en cuenta que el embarazo, la deserción escolar también es producto de las uniones formales prematuras, la baja calidad educativa que se viene impartiendo hacia las adolescentes en algún momento repercutirá en su vida. Por otro lado, las estrategias educativas que se vienen aplicando para reducir el embarazo en adolescentes, tendríamos que reformularlo para ya no solo brindar información que tengan que ver con los anticonceptivos ni de su fácil acceso; sino más bien preocuparnos por brindar una educación sexual de calidad, fortaleciendo de esa manera la capacidad de asertividad adolescente.

Estudios realizados por el Banco Mundial sobre embarazo en adolescentes ha registrado que el costo de vida, medido por el ingreso anual no percibido por la adolescente (madre) durante su vida, tiene una variación entre el 1% en países desarrollados que presentan una baja fecundidad y hasta un 30% en los países muy pobres que presentan alta fecundidad. Mientras que para nuestro país el costo que esta demanda (Deserción Escolar) en términos de producción materializada durante la vida actual de los jóvenes, se ha estimado a un equivalente de 17,1% del PBI; mientras que en adolescentes más pobres su embarazo la llevará a conseguir un empleo a edades muy tempranas, y más aún bajo malas condiciones laborales.

2.2.7. Descripción de la Normativa existente sobre Embarazo Adolescente y Matrimonio Temprano.

La Constitución reconoce el derecho a decidir acerca de la paternidad y maternidad y el deber del Estado de asegurar a las personas educación, información y acceso a los medios para que puedan ejercer su derecho a decidir sobre su reproducción. Según el Art. 6 de la Constitución de Perú, la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado

asegura los programas de educación y la información adecuada y el acceso a los medios, que no afectan la vida o la salud.

En el año 2000 se adoptó el Código de los Niños y Adolescentes que en el Art.1 establece que se considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años de edad y adolescente desde los doce hasta cumplir los dieciocho años de edad. El artículo 15 destaca que se debe garantizar que la educación básica comprenda la orientación sexual y la planificación familiar. Según el Art. 14 ningún NNA debe ser discriminado en un centro educativo, y la niña o la adolescente, embarazada o madre, no debe ser impedida de iniciar o proseguir sus estudios.

Educación y nivel socioeconómico

El periodo de la adolescencia debería caracterizarse por ser una etapa de la vida en que la formación educativa fuese uno de los principales roles que deba desempeñar. Los datos muestran que este proyecto de vida puede interrumpirse por la maternidad; en el año 2014, del total de madres adolescentes, el 29,3% tenían educación primaria, 11,2% educación secundaria y 4,9% educación superior, comparado con el 2009 se incrementó aproximadamente 2,0 puntos porcentuales en los niveles de primaria (27,1%) y secundaria (9,4%). La maternidad adolescente no es homogénea por nivel socioeconómico; en el

año 2014 fue mayor en los niveles más bajos, 20,7% en el primer quintil y 15,7% en el segundo quintil frente al 5,4% del quintil superior y 7,3% del cuarto quintil de riqueza.

Condición de residencia familiar de menores de 15 años de edad.

El 7,3% de los menores de 15 años de edad era huérfano de al menos uno de sus padres biológicos, o sus padres no forman parte del hogar de residencia, encontrándose dichos menores en calidad de niña/niño de” crianza” proporción que tiende a disminuir en 0,6 punto porcentual respecto al año 2009. La proporción de menores de 15 años de edad que eran huérfanos o se encontraban en calidad de crianzas del hogar se presentó en mayor porcentaje en hogares ubicados en el quintil inferior de riqueza (9,1%).

En el país, la mayoría (70,9%) de los menores de 15 años de edad vivían con sus dos padres, porcentaje que fue mayor en el área rural (75,7%) que en el área urbana (68,7%). Un 21,5% de los menores de 15 años de edad vivían con su madre pero no con el padre, proporción que fue mayor entre los hogares del Lima Metropolitana (24,8%), del cuarto quintil de riqueza (26,4%) y del área urbana (23,9%). Por departamento, el mayor porcentaje se encontró en Moquegua (27,7%) seguido por

Madre de Dios (27,5%), Tacna (25,0%), Ucayali (24,6%), Lima (24,3%), Junín (23,9%). A nivel departamental, los menores de 15 años huérfanos de al menos uno de sus padres biológicos o que estando estos vivos no vivían con ellos, en una mayor proporción se presentaron en Loreto (10,4%), Amazonas (10,2%), Ayacucho (10,0%), Junín (9,8%), Huánuco y La Libertad (9,4%) cada uno, que contrasta con el porcentaje observado en el departamento de Moquegua (4,8%) y en la Provincia Constitucional del Callao (4,7%).

2.2.8. Presentación clínica de la Depresión durante el Embarazo y Posparto.

Según ministerio de salud de Chile, (2014). Embarazo y posparto se puede definir de diferentes maneras teniendo en cuenta el curso de la depresión. Ciertos estudiosos indican que una fuerte incidencia sobre la depresión suele presentarse posteriormente a los tres meses del parto (Augusto A. Kumar R. Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E), por otra parte hay otros que discuten si la depresión en el embarazo y postparto se presenta con más frecuencia que la depresión en mujeres durante las etapas normales de la edad (Gavin NI, Whiffen VE, Hendrick V, Augusto A), o si difieren en estos periodos los síntomas de la enfermedad (Murray D, Winsler KL). La evidencia no es concluyente al demostrar que el curso y el

pronóstico de la depresión durante el período pre y post natal sea sustantivamente distinto que durante otros períodos de la vida de la mujer (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

Se ha podido describir que la morbilidad en cuanto a la depresión ha ido en aumento según las demoras de los diagnósticos, tanto así que el estigma, la vergüenza y la culpa que puedan sentir las madres que presentan el cuadro de depresión, es considerado como factor que suele retrasar el diagnóstico (Scottish et al). No darle la importancia debida a la depresión en el posparto genera efectos adversos que pueden ser de largo plazo para la madre, teniendo en cuenta que puede considerarse precursor de depresión recurrente (Stewart DE, Robertson E, Dennis C – L, Greace SL, Wallington T). La presentación sintomática de la depresión posparto es similar a aquella depresión no vinculada al embarazo, exceptuando que el contenido puede estar centrado en el hecho de haber tenido un hijo (Stewart et al.).

El abatimiento, la habilidad emocional, el sentimiento de culpa, la pérdida del apetito, los sentimientos de incapacidad por hacer frente a las diversas necesidades del hijo(a), la fatiga, el problema de la memoria y la irritabilidad; suelen ser las características de la depresión posparto; algunas mujeres suelen preocuparse excesivamente por la salud del hijo(a) y en algunos

casos suelen verse así mismas como malas madres o poco cariñosas (Stewart et al.)

Factores de riesgo de depresión durante el embarazo.

Durante el desarrollo de la depresión en el embarazo los factores de riesgo asociados en la gestación, encontrados mediante metanálisis por Lancaster y cols. Son:

- Ansiedad materna: alta asociación
- Acontecimientos vitales estresantes: alta asociación
- Antecedentes personales de depresión. Alta asociación
- Falta de Apoyo Social, especialmente la de la pareja.
Asociación media
- Violencia doméstica. Media a pequeña asociación
- Embarazo no deseado: baja asociación.
- Relación de pareja: asociación media entre el no vivir con la pareja. Respecto de la calidad de la relación, existe una baja asociación e inversa entre la calidad de la relación y el desarrollo de depresión en el embarazo.
- Sociodemografía: encontraron asociaciones altas entre el tipo de seguro de salud. El nivel socioeconómico no mostró asociación. Bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad tuvieron una asociación baja.

La depresión prenatal, se ha descrito como un factor de riesgo para la depresión posparto y muchos de los casos detectados en el puerperio, en realidad comenzaron en la gestación (Evans J, Heron J, H Francomb, Oke S, Golding J). Otro estudio evidenció la asociación entre depresión en el embarazo y en las hijas(os) adolescentes (Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V) de estas mujeres, así como problemas conductuales (Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Perra O, Sharp D.) (Hay DF, Mundy L, Roberts S, Carta R, Waters CS, Perra O, et al) en las hijas e hijos.

Riesgos de no tratar la depresión durante el embarazo

El manejo inadecuado de la depresión, puede resultar en una carga física, social y económica para la gestante, la familia y el sistema de salud.

La depresión en la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que necesita durante el embarazo, mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar al feto y desenlace obstétrico (Jadresic E.).

2.2.8.1. Intervenciones Psicoterapéuticas durante el

Embarazo.

Las gestantes con depresión leve o moderada, en su mayoría se pueden tratar exclusivamente con intervenciones psicosociales. Con técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia de apoyo, pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad, que en forma frecuente acompaña la depresión (Jadresic E). Es fundamental realizar una evaluación diagnóstica integral, para lograr los objetivos del tratamiento incluyendo tanto la salud física, las manifestaciones emocionales, fisiológicas y conductuales de la depresión, como los antecedentes personales y familiares y la situación de vida actual.

El tratamiento, debe estar basado en una adecuada y prolongada relación entre el equipo tratante y la gestante, de modo de lograr una alianza terapéutica. Así mismo, el tratamiento debe estructurarse en planes de tratamiento individuales, donde la duración e intensidad de las intervenciones están determinadas por la severidad de los síntomas y la respuesta terapéutica.

Durante el embarazo es recomendable, iniciar el tratamiento con opciones terapéuticas no farmacológicas tales como la consejería, la intervención psicosocial grupal, individual y familiar, la psicoeducación individual y familiar, los grupos de

autoayuda. En todo caso, la decisión de usar o no psicofármacos durante la gestación debe ser siempre individualizada y basada en un exhaustivo análisis de los riesgos y beneficios

Considerando que todos los psicotrópicos atraviesan la placenta, se recomienda evitar en lo posible su uso durante las 12 primeras semanas de gestación, sin embargo, existe evidencia de que el uso de estos fármacos durante las 2 primeras semanas de embarazo (es decir, entre la concepción y la primera menstruación ausente) no expondrían al embrión en desarrollo, porque la circulación útero placentaria aún no se ha formado.

Se deberá referir a psiquiatría y tratar como alto riesgo obstétrico, y se presenten algunas condiciones como: Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos. Episodio Depresivo actual en Trastorno Bipolar. Episodio Depresivo con Alto Riesgo Suicida. Depresión Refractaria (resistente a tratamiento).

Apoyo al Tratamiento de la Depresión en Mujeres en Control pre y postnatal

La depresión en el embarazo y el postparto, el efecto del tratamiento no solo impacta en el bienestar de la madre sino además en la relación madre-hijo y en el desarrollo del niño. (Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG).

Se recomienda que en los controles de embarazo y posparto el profesional explore:

- Asistencia a controles de tratamiento de depresión.
- Prescripción de fármacos con fines antidepresivos.
- Presencia de posibles efectos adversos de los fármacos.
- Adherencia al tratamiento farmacológico.
- Aspectos psicosociales que pueden dificultar la adherencia al tratamiento.

Criterio para Hospitalización de personas con Alto Riesgo Suicida

Indicaciones de hospitalización:

- Elevada intención suicida.
- Ideación suicida severa con intentos de suicidio con alta letalidad y/o utilización de método violento como ahorcamiento, armas de fuego, etc.
- Intento de suicidio ampliado con homicidio de hijos y cónyuge, pacto suicida.
- Uso de más de un método simultáneamente.
- Intentos suicidas repetidos en lapso más bien breve
- Motivación altruista.
- Ideación suicida post intento, con reafirmación y/o decepción frente a la sobrevivencia.
- Rechazada.

- Imposibilidad de establecer una alianza terapéutica.
- Escasa red de apoyo psicosocial

Teorías Cognitivas de Beck

Beck es mundialmente conocido por haber desarrollado la Teoría Cognitiva, inicialmente para la depresión y aplicada, posteriormente, a otros problemas psicológicos, demostrando una gran eficacia terapéutica. Según dicha teoría existe una clara relación entre los pensamientos de la persona y las emociones y los sentimientos que experimenta. Esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante esta situación, cuando las emociones son muy negativas e intensas, nuestro comportamiento se ve entorpecido o se vuelve desadactativo, de modo que los problemas se mantienen o empeoran.

Lo que ocurre desde esta teoría, es que no son las situaciones en sí las que producen malestar directamente. Sino las interpretaciones personales que hacemos de ellas, al no poder ser objetivos en una situación, podemos distorsionar la información que disponemos en un momento dado, o sacar conclusiones negativas sin información suficiente o ignorando otra información más realista y constructiva. Cuando esto ocurre, dice Beck, cometemos errores en la interpretación o errores de razonamiento. También se dan más errores de

interpretación cuando se desarrollan los diferentes trastornos psicológicos.

Dentro de la terapia cognitiva de Beck, que se aplica de modo integrado con otras técnicas. Lo básico en esta terapia (no lo único) sería a la persona la relación situación- pensamientos automáticos ante la situación- sentimientos/ emociones- comportamiento resultante. La persona practica la identificación de tales pensamientos, aprende a ver sus posibles errores de interpretación y siempre con la guía del psicólogo, aprenderá a cuestionarse sus pensamientos, de modo que llegue a ver las cosas de otra forma, más realista, más constructiva.

Todo esto se integra dentro de un programa de tratamiento más amplio, con técnicas conductuales y módulos como (según el problema y el caso), mejora de la autoestima, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, técnicas de control de ansiedad, técnicas de resolución de problemas, entre otros. Este tipo de terapia se llama, en su conjunto, Terapia Cognitiva conductual.

Desesperanza o indefensión aprendida: La presente investigación se inicia en la teoría del aprendizaje, este tema comienza cuando los psicólogos realizan un estudio sobre el aprendizaje de evitación en perros sometidos para ello a los choques en sus patas con lo cual difícilmente podían escapar, sin

embargo, al transcurrir el tiempo aceptaban los choques sin intentar escapar.

Luego de un tiempo los investigadores trasladaron a los perros a una jaula diferente, en la cual tenían acceso a escapar de los choques en las patas con tan solo dar un salto hacia un lado diferente de la jaula- Sin embargo, los perros que ya habían recibido choques antes ni se inmutaron por intentar escapar; se podría decir que aprendieron a no intentar escapar adaptándose a su nuevo hábitat. A diferencia de otros perros que no habían recibido estos choques antes, aprendieron de manera práctica a evitarlos saltando sobre la barrera ante esta situación los investigadores quedaron sorprendidos al observar que los perros con desesperanza aprendida no intentaron escapar.

Los investigadores luego de lo observado trataron de levantar a los perros sobre la barrera hacia la parte segura de la jaula, después de aquella acción realizada inmediatamente los perros aprendieron a mantenerse seguros y fuera del alcance de los choques con tan solo saltar la barrera, cabe señalar que si no se les hubiera enseñado a cómo ponerse a salvo los perros con desesperanza aprendida aceptaban fácilmente su destino doloroso sin intentar escapar.

El efecto alcanzado por la desesperanza aprendida ha conllevado a que otros investigadores lo reproduzcan y en base a

ello hayan podido elaborar una teoría relacionada a la desesperanza de los animales frente a la amenaza y el dolor, incluyendo al ser humano. Llegando a una conclusión los investigadores, que, si un individuo se encuentra en una situación nada agradable por el contrario dolorosa, este intentaría darle vuelta a la situación. Sin embargo, al fallar con su intento el individuo se rendiría y resignaría a vivir así. Pero si la situación diera un giro de 180° mejorando de manera tal que el individuo pudiera escapar de la incomodidad este continuaría actuando como desamparado o indefenso. Lo cual indica que las personas pueden aprender a estar desamparadas y aprender a no mejorar.

En la vida real, la desesperanza aprendida siempre y cuando las personas queden encerradas en una situación desfavorable que pareciera estar fuera de su control.

Sin embargo, las personas con desesperanza aprendida no tienen por qué aguantarlo, necesitan de una perspectiva externa pero optimista, alguien que pueda resolver situaciones difíciles de manera objetiva y práctica, sugiriendo de esa forma algunas estrategias para resolver problemas.

Desde lo mencionado anteriormente, se puede afirmar que la desesperanza o indefensión aprendida es el fenómeno conductual y psicológico en el cual la persona literalmente aprende a no enfrentar las situaciones desfavorables que se le

presentan debido a que en su pensamiento aparece registrado los intentos fallidos por resolver tal situación. El fenómeno de la Indefensión Aprendida se manifiesta a través de tres déficits:

A nivel motivacional, se observa un proceso lento en la iniciación de respuestas voluntarias. Si un organismo espera que sus respuestas emitidas no afecten las consecuencias, es muy probable que la emisión de sus respuestas disminuya en el futuro.

A nivel cognitivo, se presentan dificultades en aprender en un futuro que una respuesta tiene el dominio de una consecuencia, cuando en un inicio no ha ejercido el dominio. Aprender que una consecuencia no está relacionada con sus respuestas infiere de manera proactivamente en el aprendizaje futuro al considerar que la consecuencia depende ahora de sus respuestas.

A nivel emocional, se origina cuando las consecuencias durante el proceso de pretratamiento se muestran aversivas, produciendo una serie de desórdenes conductuales y fisiológicos característicos de la ansiedad y el miedo seguido muy de cerca de la depresión.

Psicoterapia de apoyo. (PA)

Este tratamiento de apoyo procede de la tradición psicoanalítica, se estructura a través de objetivos claros y definidos con buena activa y dirección por parte del terapeuta y

focalizada en el funcionamiento de la vida diaria del paciente. No se realiza interpretaciones, brindando al paciente explicaciones de sus necesidades, temor al abandono, necesidades de expresar sus sentimientos como la rabia e ira, con el objetivo de identificar sus estados emocionales y exprese verbalmente sus sentimientos, para evitar conductas autodestructivas.

El terapeuta tiene que poseer ciertas características como: ser empático, calidez y capacidad de trabajar con este tipo de sujetos. incluyendo situaciones de cara cara entre paciente y terapeuta, con una frecuencia de una por semana y un tiempo de duración largo de 5-10 años y a veces indefinido, dependiendo según gravedad del trastorno.

Terapia Cognitiva(TC)

Dirigidas en primer lugar las estrategias terapéuticas a que el paciente pueda identificar y corregir los pensamientos distorsionados, las asunciones y los procesos cognitivos disfuncionales y desadaptativos. Se describe tres tipos de asunciones típicas que destacan un papel esencial en este trastorno para ser tratadas durante el proceso terapéutico, siendo las siguientes:

El mundo es un lugar peligroso, yo soy poderoso y a la vez vulnerable, me siento poco aceptado.

La aleación de pensamientos de desamparo junto con la hostilidad y la falta de seguridad ocasionan un conflicto entre autonomía y dependencia. Siendo los objetivos que destacan de la terapia cognitiva:

- Disminución de los pensamientos dicotómicos (siendo de manifiesto las categorías discretas de “malo” “bueno”, “amor” “odio”, etc.) fuertemente arraigados en la estructura cognitiva de los sujetos.
- Favorecer a los pacientes a expresar los sentimientos negativos en forma moderada.
- Practicar control de impulsos con carácter autodestructivos.
- Que el paciente construya un sentido de identidad definido.

Terapia Comportamiento Dialéctica (TCD)

Desarrollada por Marsha M. Linehan, la Terapia comportamental dialéctica creada inicialmente para el tratamiento de pacientes borderline con tendencias suicidas crónicas. Procediendo dicha terapia de un modelo biosocial que asume el trastorno dentro de la regulación de las emociones y la tolerancia al estrés. Entre los objetivos terapéuticos se encuentran mejora de los modelos disfuncionales de conducta, dificultad en controlar los impulsos y los fenómenos disociativos severos. Teniendo en cuenta estos objetivos para el tratamiento de la comprensión intrapsíquica e interaccional de

las conductas desadaptativas. Se combinan las intervenciones individuales y grupales junto con estrategias conductuales clásicas (Técnicas de exposición, manejo de contingencia, modificaciones cognitivas, etc.).

Su objetivo final de la terapia es crear una autonomía responsable en las actitudes y los comportamientos del paciente; mediante la sucesión de elementos ordenados jerárquicamente de tratamientos con comportamiento suicida, las conductas auto y heteroagresivas, los síntomas de interferencia en la actividad del individuo.

La Terapia Familiar

Siguiendo el modelo la teoría general de sistemas que hace las relaciones familiares el foco principal de la intervención, la familia es un sistema donde sus miembros están interrelacionados, si uno de los miembros presenta algún problema, los demás miembros participan de alguna forma en su generación, mantenimiento y resolución.

Características comunes de las intervenciones familiares son:

- a. Considerando las fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.

- b. Debe asistir el participante acompañado de su familia en la mayoría de las sesiones de la terapia.
- c. Las sesiones mínimas son seis, con un tiempo de duración de una hora.

Hipótesis General

La desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**

Hipótesis Específica

- El nivel de desesperanza según la edad de 16 y 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**
- El nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria, y superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**
- El nivel de desesperanza según el grado condición de convivencia con los padres, pareja y suegros en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y Nivel de Investigación.

El presente estudio pertenece al tipo cuantitativo. Porque “Usa recolección de datos para probar hipótesis con base en la mediación numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento”, (Hernández, 2003, p.6). De nivel descriptivo, porque “Busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, 2006, p.102).

3.2. Diseño de la Investigación

El presente estudio siguió un diseño no experimental transversal, porque no se manipula la variable independiente para valorar su efecto sobre la dependiente. Y transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir la variable, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Esquema del diseño no experimental de la investigación.

M \longrightarrow OX

Donde:

M: Muestra de estudio.

O: Observación de hechos relevantes.

X: Variable de estudio.

3.3. Población y muestra.

Población

La población en estudio estuvo constituida por adolescentes gestantes que se atiende en el servicio de control prenatal del Hospital “Saúl Garrido Rosillo” II-1; Se estimó tomando en consideración la información referente al número de gestantes que se atendieron en consulta prenatal, información proporcionada por los registros diarios de atención de la misma institución.

Distribución de la población muestral en las adolescentes gestantes según la edad, grado de instrucción y convivencia.

EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN						TOTAL		CONVIVENCIA					
	Primaria		Secundaria		Superior				Padres		Pareja		Suegros	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
16 AÑOS	0	0%	24	27%	2	2%	26	29%	15	17%	7	8%	4	4%
17 AÑOS	2	2%	53	59%	9	10%	64	71%	27	30%	17	19%	20	22%
TOTAL	2	2%	77	86%	11	12%	90	100%	42	47%	24	27%	24	27%

Muestra: se empleó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional o por conveniencia, debido a que la población está disponible y en base a un conocimiento previo de ellas, se toma como muestra el total de la población muestra, integrada por 90 adolescentes gestantes de 16 y 17 años de edad, que acudieron al control prenatal del hospital Saúl Garrido Rosillo-Tumbes.

Criterios de Inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes gestantes del control prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo -Tumbes, que aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes gestantes del control prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, que evidencian facultades físicas y mentales para brindar información.
- Adolescentes gestantes del control prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, que contestaron la totalidad de los ítems.
- Adolescentes gestantes del control prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo- Tumbes, con edades de 16- 17 años.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes gestantes del control prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo- Tumbes, que no hayan contestado a la totalidad de los ítems del instrumento.
- Adolescentes gestantes del control prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo- Tumbes, menores de 16 años.

3.4. Definición y Operacionalización de la variable

La Desesperanza

Definición conceptual (DC)

Desesperanza es un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas sobre el futuro, suscitada por un conformismo, infiriendo que no es capaz, que no

logrará, que no tendrá éxito, abandonando la ambición y renuncia de los sueños. Tomada por la construcción de la escala obtenida por Beck, según Stotland (1969).

Definición Operacional (DO)

El BHS está basada en una visión cognitiva de la Desesperanza. Ayuda a la interpretación la siguiente escala de puntajes propuestos por Beck y Steer (1988).

EVALUACIÓN
1 punto cuando se ha contestado "verdadero". En estos ítems.
1 punto cuando se ha contestado "falso" En estos ítems.
0 puntos en todos los demás casos.

ÍTEMS
Ítem: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20
Ítem: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19
Ítem: 0 puntos en todos los demás casos

Nivel/puntaje
Normal (0-3)
Leve (4-8)
Moderado (9-14)
Severo (15-20)

3.5. Técnicas e Instrumentos.

Técnica

En el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta. Según Tamayo y Tamayo (2008), la encuesta “es aquella que permite dar respuestas a problemas en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida sistemática de información según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida.

Instrumento

Escala de Desesperanza de Beck

FICHA TÉCNICA

Nombre: Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

Autor: Aaron Beck

Edición original: Beck, A., y Steer, R. Psychological Corporation (1988)

Adaptación Peruana: Aliaga., Rodríguez, L, Ponce, C., Frisancho, A., y Enríquez, J. (2005)

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Edad de aplicación: A partir de los 16 años

Validez: fue estimada a través de tres modalidades: validez concurrente, correlacionando el BHS con los ítems que evalúan la desesperanza de la escala de depresión de Beck la misma que tuvo un valor de 0.46; asimismo, la correlación con la BID sin los ítems de desesperanza es de

0.40. Validez factorial, realizando un análisis factorial de las respuestas de la muestra a los 20 ítems del BHS.

Confiability: mediante la técnica de la consistencia interna indica un coeficiente alfa de Crombach es de 0.80 (n= 782), y con la técnica test_ retest con un intervalo de dos semanas el coeficiente de Pearson es de 0.68(n= 100).

3.6. Plan de Análisis

Los datos recolectados fueron tabulados en una matriz utilizando el Microsoft Excel 2016. Para el análisis de los datos se utiliza la estadística descriptiva, como tablas de distribución de frecuencia y porcentual.

3.7. Matriz de consistencia

PROBLEMA	VARIABLE	INDICADORES	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	TECNICA E INSTRUMENTO
¿Cuál es la desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo Tumbes, 2016?	Desesperanza	<p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 años - 17 años <p>Grado de Instrucción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primaria - Secundaria - Superior <p>Condición de convivencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con los padres - con la pareja - con los suegros 	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo Tumbes, 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de desesperanza según la edad de 16 y 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016. - Identificar el nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria y superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016. - Identificar el nivel de desesperanza según condición de convivencia con los padres, pareja y suegros en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016. 	<p>HIPOTESIS GENERAL:</p> <p>La desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016 es leve.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - El nivel de desesperanza según la edad de 16 y 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016 es leve - El nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria y superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016 es leve. - El nivel de desesperanza según condición de convivencia con los padres, pareja y suegros en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo - Tumbes, 2016 es leve. 	<p>Tipo de investigación: la presente investigación es de tipo cuantitativo.</p> <p>Nivel de la Investigación: Descriptivo</p> <p>Diseño de la investigación: Esta investigación seguiría un diseño no experimental transversal.</p> <p>Población Muestral: Estuvo constituida por adolescentes gestantes que se atienden en el servicio de control prenatal del hospital II-I Saúl Garrido Rosillo Tumbes, 2016.</p> <p>La Muestra. Se empleó un muestreo no probabilístico, la población muestral fue de 90 adolescentes gestantes</p>	Encuesta de escala de desesperanza de Beck, con 20 ítems con un marcado de verdadero y falso

3.8. Principios Éticos

La investigación fue sometida a evaluación por la psicóloga del hospital “Saúl Garrido Rosillo”, -Tumbes conocido y aceptado mediante oficio N° 1293-2017-COORD-ULADECH CATÓLICA. Los resultados obtenidos fueron manejados por la evaluadora y se mantuvo el anonimato de las adolescentes gestantes participantes. Destacamos que los datos no fueron ni serán utilizados en beneficio propio o de algunas entidades privadas que de una u otra manera perjudiquen la integridad moral y psicológica de las adolescentes gestantes en estudio. Así mismo el presente estudio cumple con los principios básicos de la ética en investigación como el principio de beneficencia, de respeto a la dignidad humana ya que se brindó información a las adolescentes gestantes para que con conocimiento decidieran su participación voluntaria en la investigación, la que fue refrendada a través del consentimiento informado; principio de justicia y de derecho a la intimidad, ya que los instrumentos empleados fueron resueltos de manera personal y su información privada no fue compartida con otras personas sino manejada únicamente por la investigadora tal como consta en el consentimiento informado. Es importante recalcar que la dirección del Hospital “Saúl Garrido Rosillo”-Tumbes; brindo las facilidades del caso para la realización de la presente investigación por ello la investigadora determino, no presentar evidencias como videos, audios o fotografías del estudio, ya que afectaría el principio de derecho a la intimidad y confidencialidad de las adolescentes participantes.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla I

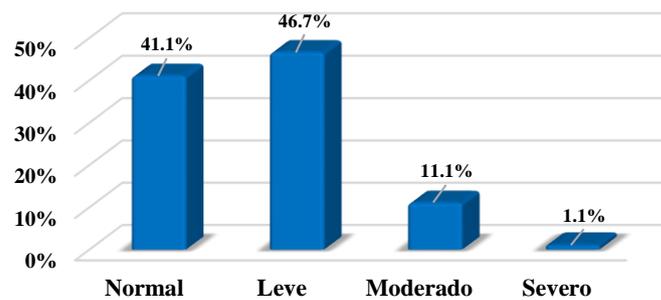
Nivel de desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” Tumbes, 2016

Niveles	F	%
Normal	37	41.1
Leve	42	46.7
Moderado	10	11.1
Severo	1	1.1
Total	90	100.0

Fuente: Escala de desesperanza de Beck, Aaron Beck, 2005

Figura 01

Nivel de desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” Tumbes, 2016



Fuente: Escala de desesperanza de Beck, Aaron Beck, 2005

Descripción: En la tabla I y figura 01 se observa, en las adolescentes gestantes que el 41.1% se ubican en un nivel normal de desesperanza, el 46.7% de ellas en un nivel leve, del mismo modo el 11.1% se ubican en el nivel moderado y finalmente el 1.1% de las adolescentes gestantes se ubica en un nivel severo de desesperanza.

Tabla II

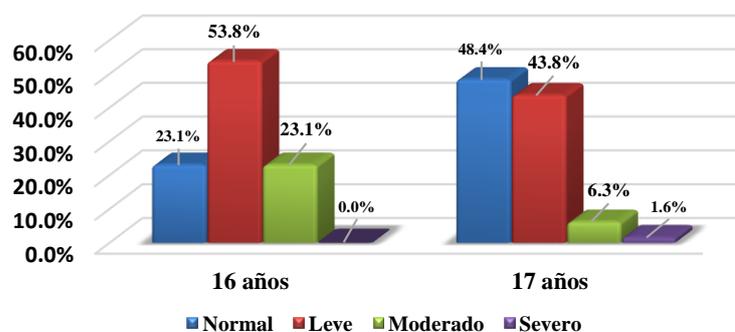
Nivel de desesperanza según la edad de 16 y 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” Tumbes,2016

Niveles	16 años		17 años	
	F	%	F	%
Normal	6	23.1	31	48.4
Leve	14	53.8	28	43.8
Moderado	6	23.1	4	6.3
Severo	0	0	1	1.6
Total	26	100.0	64	100.0

Fuente: Escala de desesperanza de Beck, Aaron Beck, 2005

Figura 02

Nivel de desesperanza según la edad de 16 y 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” Tumbes,2016



Fuente: Escala de desesperanza de Beck, Aaron Beck, 2005

Descripción: En la tabla II y figura 02 se observa, en las adolescentes gestantes de 16 años de edad que el 23.1% se ubican en un nivel normal de desesperanza, el 53.8 % de ellas en un nivel leve, del mismo modo el 23.1% se ubican en el nivel moderado.

Además, el 48.4% de adolescentes gestantes de 17 años de edad, se ubican en un nivel normal de desesperanza, el 43.8% se ubica en un nivel leve, del mismo modo el 6.3% se ubica en un nivel moderado y finalmente el 1.6% de las adolescentes gestantes se ubica en un nivel severo de desesperanza.

Tabla III

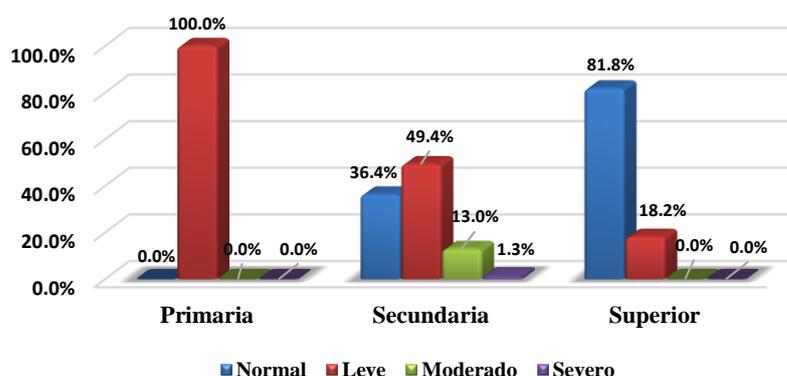
Nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria y superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” Tumbes,2016

Niveles	Primaria		Secundaria		Superior	
	F	%	F	%	F	%
Normal	0	0	28	36.4	9	81.8
Leve	2	100.0	38	49.4	2	18.2
Moderado	0	0	10	13.0	0	0
Severo	0	0	1	1.3	0	0
Total	2	100.0	77	100.0	11	100.0

Fuente: Escala de desesperanza de Beck, Aaron Beck, 2005

Figura 03

Nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria y superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” Tumbes,2016



Escala de desesperanza de Beck, Aaron Beck, 2005

Descripción: En la tabla III y figura 03 se observa en las adolescentes gestantes de nivel primaria que el 100%, se ubican en un nivel leve de desesperanza.

El 36.4% de ellas del nivel secundaria en un nivel normal, del mismo modo el 49.4% en un nivel leve, el 13.0% en un nivel moderado y finalmente el 1.3% en un nivel severo. Además, el 81.8% de las adolescentes gestantes del nivel superior se ubican en un nivel normal, y finalmente el 18.2% en un nivel leve de desesperanza.

Tabla IV

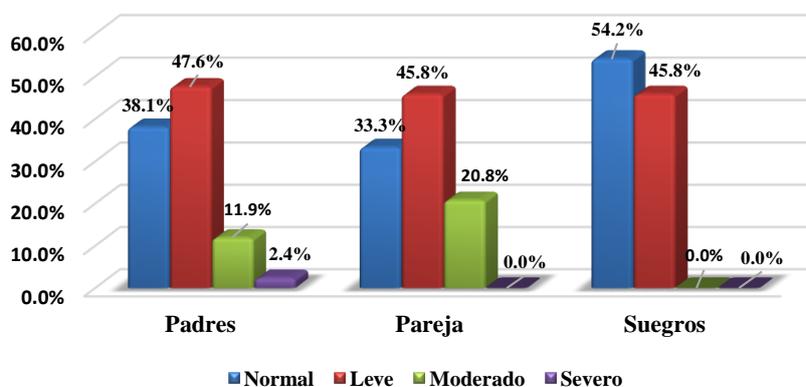
Nivel de desesperanza según la condición de convivencia con los padres, pareja y suegros en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” Tumbes,2016

Niveles	Padres		Pareja		Suegros	
	F	%	F	%	F	%
Normal	16	38.1	8	33.3	13	54.2
Leve	20	47.6	11	45.8	11	45.8
Moderado	5	11.9	5	20.8	0	0
Severo	1	2.38	0	0	0	0
Total	42	100.0	24	100.0	24	100.0

Fuente: Escala de desesperanza de Beck, Aaron Beck, 2005.

Figura 04

Nivel de desesperanza según la condición de convivencia con los padres, pareja y suegros en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” Tumbes,2016



Fuente: Escala de desesperanza de Beck, Aaron Beck, 2005

Descripción: En la tabla IV y figura 04 se observa, en las adolescentes gestantes que viven con los padres que el 38.1 % se ubican en un nivel normal de desesperanza. El 47.6% de ellas se ubican en un nivel leve, el 11.9% en un nivel moderado y el 2.4% en un nivel severo.

Además, el 33.3% de las adolescentes gestantes que viven con su pareja se ubican en un nivel normal, el 45.8% en un nivel leve y el 20.8% se ubican en un nivel moderado.

Así mismo, el 54.2% de las adolescentes gestantes que viven con sus suegros se ubican en un nivel normal, y finalmente 45.8 % en un nivel leve de desesperanza.

4.2. Análisis de Resultados

En la tabla I, se evidencia que la mayor población de adolescentes gestantes se encuentra en un nivel leve de desesperanza, según Seligman, la desesperanza aprendida indica que si un individuo se encuentra en una situación nada agradable o dolorosa este intentaría darle vuelta a la situación, sin embargo, al fallar con su intento se rendiría a vivir así. Necesita de una perspectiva externa pero optimista para resolver el problema.

En la tabla II, se evidencia que la población de adolescentes gestantes según la edad de dieciséis años se ubica en un nivel leve y las adolescentes gestantes de diecisiete años, se ubican en un nivel normal de desesperanza.

En la tabla III, se evidencia que la población de adolescentes gestantes según el grado de instrucción de primaria y secundaria se ubican en un nivel leve de desesperanza, Semejante a lo investigado Ceballos, G y otros (2013). En las adolescentes gestantes entre catorce y diecinueve años, su mayor población se ubica con grados de instrucción en secundaria seguido del nivel primario, encontrándose prevalencia de depresión leve o moderada.

Sin embargo, las adolescentes que tienen el grado de instrucción superior, se ubican en un nivel normal de desesperanza.

En la tabla IV, se evidencia que la población de adolescentes gestantes según la condición de convivencia con los padres, pareja se ubican en un nivel leve de desesperanza, Semejante a lo investigado por Ceballos, G y otros (2013). Las adolescentes gestantes en su mayor cuentan con el apoyo de la red familiar, Así mismo, se examinó la calidad de las interacciones familiares, la perciben como armoniosa. Posteriormente, se indagó la relación de pareja referente al estado de gestación; en su mayoría comunicó que el padre de su futuro hijo sí estuvo de acuerdo con tenerlo y reconocerlo y responder económicamente por el futuro encontrándose prevalencia de depresión leve o moderada.

Las adolescentes gestantes que viven con los suegros, se ubican en un nivel normal de desesperanza.

4.3. Contrastación de Hipótesis

Se acepta las hipótesis:

- La desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del Hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**
- El nivel de desesperanza según la edad de 16 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**
- El nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria, en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**
- El nivel de desesperanza según el grado condición de convivencia con los padres, pareja en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**

Se rechaza

- El nivel de desesperanza según la edad de 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**
- El nivel de desesperanza según el grado de instrucción superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**
- El nivel de desesperanza según el grado condición de convivencia con los suegros en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo-Tumbes, 2016 **es leve.**

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El nivel de desesperanza en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal en el hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo – Tumbes, 2016 es **nivel leve**.
- El nivel de desesperanza según la edad de 16 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo – Tumbes, 2016 es **nivel leve**.
- El nivel de desesperanza según la edad de 17 años en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo – Tumbes, 2016 es **nivel normal**.
- El nivel de desesperanza según el grado de instrucción de primaria, secundaria en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo – Tumbes, 2016, es **nivel leve**.
- El nivel de desesperanza según el grado de instrucción superior en adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo – Tumbes, 2016, es **nivel normal**.

- El nivel de desesperanza según condición de convivencia con los padres y pareja, en las adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo – Tumbes, 2016 es **nivel leve**.
- El nivel de desesperanza según condición de convivencia con los suegros, en las adolescentes gestantes atendidas por consulta prenatal del hospital II-1 Saúl Garrido Rosillo – Tumbes, 2016 es **nivel normal**.

5.2. Recomendaciones

- Identificar las características familiares, socioeconómicas y ambientales, de las adolescentes gestantes con sentimiento de desesperanza leve, para la intervención con abordaje integral con seguimiento de su historia y evolución.
- Intervención psicológica del embarazo en la adolescencia a través de psicoterapia de grupo, con adolescentes de su misma edad, que están gestando.
- Las instituciones públicas y privadas inherentes en esta problemática social, plantear estrategias que permitan a las adolescentes gestantes que continúen o concluyan sus estudios, con miras a mejorar su condición de vida, lo cual le permitiría proyectarse en actividades productivas en mejoras de su nivel económico.

- Brindar consejería y orientación psicológica a las adolescentes gestantes para afrontar su embarazo precoz.
- Que este instrumento, la escala de desesperanza de Beck sea considerado en el protocolo de atención, en el ingreso a control prenatal y posterior si es necesario, en caso de las gestantes presenten puntuaciones altas mayor a 9 derivar a consulta médica para confirmar diagnóstico. Y posibles intervenciones terapéuticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. y Enrique, J. (2006). Escala de Desesperanza de Beck(BHS): Adaptación y Características Psicometricas.Revista de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos,9(1),69-79. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a05v9n1.pdf
- Abarca, Nureya, Gormaz, Naisa, and Leiva, Pedro I. (2012). Expectativas de roles futuros de estudiantes universitarios en Chile. Universitas Psychologica. Vol. 11(2). Colombia: Red Universitas Psychologica, 2012. ProQuest ebrary. Web. 4 October 2015.Copyright © 2012. Red Universitas Psychologica. All rights reserved.
- Andrade, S.J., Duffay, P.L., Ortega, M. P., Ramirez, A.E., Carvajal, V.J., (2016). Autoestima y desesperanza en adolescentes de una Institución del Quindío. Revista Duazary, ISSN: 1794-5992 Vol. 14 No. 2 179 - 187 Julio - diciembre de 2017, DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1968>.
- Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Depresión posparto en un área urbana de Portugal: comparación de mujeres en edad fértil y controles emparejados. Psychol. Medicina. 1996; 26 (1): 135 - 41.
- Belalcázar, A. P. (2013). Relaciones entre autocontrol y desesperanza en adolescentes entre 12 y 18 años víctimas de trata de personas, pro fines de explotación sexual comercial infantil y violencia. (tesis de grado). Universidad politécnica salesiana sede Quito.
- Ceballos, G y otros. (2013). Adolescentes gestantes características sociodemográficas; depresión e ideación suicida. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 5 (2), 31-44.

Centro de Psicología AARON BECK - Granada. Todos los Derechos Reservados. NICA: 29301c/ Pedro Antonio de Alarcón, 60, 1º-F18002 - Granada (España).Recuperdo:<http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/aaron-t-beck.html>

Conde Campana, P. (2016). Desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote, (tesis de licenciatura). Universidad cesar vallejo.

Evans J, Heron J, H Francomb, Oke S, Golding J. Estudio de cohortes del estado de ánimo deprimido durante el embarazo y después del parto. *BMJ*. 2001; 323 (7307): 257 - 60.

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Depresión perinatal: una revisión sistemática de la prevalencia y la incidencia. *Obstet. Gynecol.* noviembre de 2005; 106 (5 Pt 1): 1071-83.

Granados y Reyes. (2014). La desesperanza y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo en la ideación o riesgo suicida en adolescentes de una escuela de nivel medio superior dentro del D.F. (tesina para obtener el diplomado de tanatología.). Asociación mexicana de educación. México.

Gonzales T. J., Y Hernández M.A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e investigación en psicología* vol. 17, núm. 2: 313-327

Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Perra O, Sharp D. (2010) La depresión prenatal de las madres y los resultados antisociales de sus hijos. *Child Dev*; 81 (1): 149-65.

- Hay DF, Mundy L, Roberts S, Carta R, Waters CS, Perra O, et al. (2011). Los factores de riesgo conocidos para la violencia predicen la agresividad de los bebés de 12 meses con sus pares. *Psychol. Sci*; 22 (9): 1205-11.
- Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. (2000). Depresión posparto y no posparto: diferencias en la presentación y respuesta al tratamiento farmacológico. *Deprimir. Ansiedad*; 11 (2): 66-72.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (1950-2050.) -Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por Años Calendario y Edades Simples.
- Inei- Perú, (2016). Encuesta Demográfica. Características generales de la mujer. Recuperado:https://www.inei.gob.pe/medi/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
- Inei-Perú (2016). Encuesta Demográfica. Características de los hogares y población. Recuperado: https://www.inei.gob.pe/medi/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
- Irma Rojas M., Natalia Dembowski, Francesca Borghero, Miriam González, (2014). Ministerio de Salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento Santiago: Minsal.Chile.
- Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. (2010). *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr*; 48 (4): 269-78.
- Lady Rojas, A (abril 4, 2014). Comida “chatarra”, la desesperanza, pornografía y drogas están ocasionando estragos en adolescentes. Fuente: <http://www.crhoy.com/comida-chatarra-la-desesperanza->

pornografia-y-drogas-estan-ocasionando-estragos-en-adolescentes-
u6l7m2x/

Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Factores de riesgo de síntomas depresivos durante el embarazo: una revisión sistemática. A.m. J. Obstet. Gynecol. 2010; 202 (1): 5-14.

López, G. C. (2017). Nivel de desesperanza en los estudiantes de segundo grado de secundaria de la institución educativa N° 093 Efraín Arcaya Zevallos Zarumilla- Tumbes, 2015. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica los Ángeles de Chimbote- Tumbes.

Maite Nicuesa (2015). Desesperanza. Sitio: Definición ABC. URL: <https://www.definicionabc.com/salud/desesperanza.php>

Maternidad en el Perú está empezando desde los 11 años (30 de Julio 2016). Redacción Perú 21. Recuperado <https://peru21.pe/lima/maternidad-peru-empezando-11-anos-224598>

Martínez, M. A. (2015). Embarazo adolescente –promoción y prevención (Monografía de internet). Chile: Universidad de las Américas. 2009 (Acceso 30 de octubre de 2015). Recuperado: <https://trabajosocialudla.files.wordpress.com/2009/11/embarazo-adolescente.pdf>

Ministerio de Salud del Perú, (MINSA) [en línea]. *Psicoprofilaxis durante el embarazo disminuye complicaciones en el parto*. [Consulta: 03 de enero de 2008]. Recuperado: http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=7469&mes=6&anio=2009

- Ministerio de Salud. Guía Clínica para el Tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más <http://www.minsal.cl/portal/urt/page/minsalcl/g.gesauge/guis.html>.
- More (2015). Terapia cognitiva, alternativa contra la depresión recurrente. *pulso diario San Luis*; Editora Mival .A. de C.V. Recuperado: <http://pulsoslp.com.mx/2015/04/21/terapia-cognitiva-alternativa-contrala-depresion-recurrente/#sthash.2vbeHoKi.dpufS>.
- Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Parto: ¿evento de vida o comienzo de una dificultad a largo plazo? Datos adicionales del estudio controlado de Stoke-on-Trent sobre la depresión posnatal. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 1995; 166 (5): 595 - 600.
- Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. (2009). La depresión prenatal predice la depresión en la descendencia adolescente: estudio prospectivo longitudinal basado en la comunidad. *J. Afecto. Disord*; 113 (3): 236-43.
- Peláez J. (2007) *Adolescente embarazada: características y riesgos*. Cuba: Scielo Cuba. ProQuest ebrary. Web. 18 November 2014. Copyright © 2007. Scielo Cuba. All rights reserved.
- Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. (2007) Efectos del tratamiento de la depresión posnatal en la interacción madre-hijo y desarrollo infantil Revisión sistemática. *Br. J. Psiquiatría*; 191 (5): 378-86.
- Rojas M. [En línea]. Caracterización de adolescentes embarazadas, referidas al servicio de Trabajo Social del Hospital de San Carlos [Consulta: 3 de octubre de 2007]. Recuperado: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ay/aya4-5n1-2/art6.pdf>. Rev. pesqui.

cuid. fundam. (Online);6(2):759-766, abr.-jun. 2014.
<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=2175-5361&lang=pt>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2012). Manejo de trastornos del estado de ánimo perinatales. Una guía clínica nacional. Edimburg.

Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. (2013). Depresión posparto: revisión de la literatura de los factores de riesgo y las intervenciones. Colina. Univ. Sanar. Netw. Curación de mujeres. Programa Tor. Sanación pública. [Internet]; Recuperado de: http://wwwlive.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf

Whiffen VE, Gotlib IH. (1993). Comparación de la depresión posparto y no posparto: presentación clínica, historia psiquiátrica y funcionamiento psicosocial. J. Consultar. Clin. Psychol; 61 (3): 485-94.

Wisner KL, peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. (1999). Obsesiones y compulsions en mujeres con depression posparto. J. Clin. Psiquiatría.60(3).176-80

ANEXOS

ESCALA DE DESEPERANZA DE BECK

Edad: ----- Grado de instrucción: ----- Con quien vive: -----

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son Verdadero o falso.

		V	F
1	Ve el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2	Quizás debería abandonar todo porque no puedo hacer las cosas mejor.		
3	Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va ser así para siempre.		
4	No puedo imaginar cómo va ser mi vida dentro de 10 años.		
5	EL tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.		
6	En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.		
7	El futuro aparece oscuro para mí.		
8	En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de gente.		
9	En realidad, no puedo estar bien y no hay razón para que pueda estarlo en el futuro.		
10	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.		
11	Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.		
12	No espero conseguir lo que realmente quiero.		
13	Espero ser más feliz de lo que soy ahora.		
14	Las cosas nunca van a marchan de la forma en que yo quiero.		
15	Tengo gran confianza en el futuro.		
16	Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.		
17	Es poco probable que en futuro consiga una satisfacción real.		
18	El futuro aparece vago e incierto para mí.		
19	Se pueden esperar tiempos mejores que peores.		
20	No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre,		
PUNTUACIÓN TOTAL			

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., peruano(a)
identificada con DNI:, autorizo a mi hija/ pareja a participar en la
investigación realizado para determinar la desesperanza en adolescentes gestantes.

Que será realizado por la estudiante en psicología, Cristina Silva Córdova.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo
mencionados los nombres de las participantes, teniendo libertad de retirar mi
consentimiento a cualquier momento y dejar participar de la investigación sin que
esto genere algún perjuicio y/o gastos. Sé que de tener dudas de mi participación
podré aclararlos con los investigadores. Por último, declaro que después de las
aclaraciones convenientes realizadas acepto participar de la presente investigación.

Tumbes, De 2016

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL APODERADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FILIAL TUMBES

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Tumbes, 16 de Noviembre del 2017

Oficio N°1293-2017-COORD-ULADECH CATÓLICA

Sr

Dr. Carlos Feijóo Ruiz

Director del Hospital II-1 “Saúl Garrido Rosillo” – Tumbes

Ciudad.-

Asunto: Solicito Brindar Facilidades

De mi mayor consideración:

Tengo el honor de dirigirme a su digno despacho para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitarle se le brinde el apoyo y las facilidades a la Bachiller **CRISTINA SILVA CORDOVA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología de nuestra Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, para actualizar el título de su investigación de nivel descriptivo de tipo cuantitativo y diseño no experimental transversal. Esta actividad forma parte de la Evaluación del Taller de Investigación para optar el Título Profesional, con el tema: **“DESESPERANZA EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS POR CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL II-1 SAÚL GARRIDO ROSILLO – TUMBES, 2016”**

Conocedor de su alto espíritu de colaboración en beneficio de la formación y superación de la juventud de nuestra región, le expreso las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
Ing. Dr. Segundo Correa Morán
COORDINADOR
FILIAL TUMBES



Av. Tumbes N° 104 Tumbes - Perú
Teléfono: (072)524085
Web Site: www.uladech.edu.pe



Gobierno Regional de Tumbes
Dirección Regional de Salud Tumbes
Hospital Saul Garrido Rosillo - "SAGARO" II-1



"Año del Buen servicio al Ciudadano"

Tumbes 21 de Noviembre del 2017

INFORME N° - 2017/GOB.REG.TUMBES-DRS-DR-H.SAGARO - RR.IHH

Sr. Dr. SEGUNDO CORREA MORAN
Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote Filial -Tumbes

DE : SR. JOSÉ A. GUERRERO SOSA
JEFE DE PERSONAL HOSP- SAGARO II-1 Tumbes

ASUNTO : INFORMO SOBRE SOLICITUD
(Oficio N° 1293-2017- COORD -ULADECH CATOLICA

Tengo el agrado de dirigirme a Usted para saludarle cordialmente, y a la vez mediante la presente, informar que nuestra institución tiene a bien la disposición emitida en el documento de la referencia, por investigación en el Tema : *DESESPERANZA EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS POR CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL II-1 SAÚL GARRIDO ROSILLO- TUMBES - 2016*, por tanto se da las facilidades a la bachiller CRISTINA SILVA CORDOVA.

Es todo cuanto tengo que informar, agradeciendo de antemano la atención brindada a la presente.

ATENTAMENTE

JAGS/RR.IHH DE TUMBES
TSA/SEC
V° B°
C.C.
Archivo
Gobierno Regional de Tumbes
Dirección Regional de Salud
Hospital "SAGARO" II-1 Tumbes
Jose A. Guerrero Sosa
DNI 00205468
(e) Recursos Humanos