



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APOYO SOCIAL Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN
CONSULTORIO GINECO-OBSTÉTRICO DE LIMA NORTE, 2024**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Organizacional

Autor:

Calero Yupanqui, Andrés Alexander

Asesora:

Henostroza Mota, Carmela R.

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui

Del Rosario Pacherras, Orlando

Díaz López, David

Lima - Perú

2025



APOYO SOCIAL Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN CONSULTORIO GINECO-OBSTÉTRICO DE LIMA NORTE, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
8	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

APOYO SOCIAL Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN CONSULTORIO GINECO-OBSTÉTRICO DE LIMA NORTE, 2024

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar por el Título de Licenciado en Psicología con mención en psicología
organizacional

Autor:

Calero Yupanqui, Andrés Alexander

Asesora:

Henostroza Mota, Carmela R.

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui

Del Rosario Pacherras, Orlando

Díaz López, David

Lima – Perú

2025

Pensamientos

“No trabajes por dinero, haz que el dinero trabaje por ti”.

Robert Kiyosaki

“No te preocupes por el fracaso; solo tienes que acertar una vez”.

Drew Houston

Dedicatoria

Dedico este trabajo de investigación a todas las personas que creyeron en mí desde el día uno, cuando empecé desde cero, no los defraudaré.

Agradecimientos

Quiero agradecer por encima de todo a Dios, nuestro creador, quien puso en mí todos los sueños y metas que paso a paso voy cumpliendo. Gracias a mi familia por su apoyo incondicional. Finalmente, gracias a todos los que contribuyeron desde lo más mínimo como palabras de ánimos, en momentos difíciles, hasta quienes siguen acompañándome, a pesar, de lo complicado que ha podido ser.

Índice

Resumen	vii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción y formulación del problema	2
1.2. Antecedentes	4
1.2.1. Antecedentes Nacionales	4
1.2.2. Antecedentes Internacionales	6
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo General	8
1.3.2. Objetivos Específicos	8
1.4. Justificación	9
1.5. Hipótesis	10
1.5.1. Hipótesis general	10
1.5.2. Hipótesis específicas	10
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Bases teóricas sobre el tema de Investigación	11
III. MÉTODO	21
3.1. Tipo de Investigación	21
3.2. Ámbito temporal y espacial	22
3.3. Variables	22
3.4. Población y muestra	24
3.5. Instrumentos	27
3.6. Procedimientos	31
3.7. Análisis de datos	32

3.8. Consideraciones éticas	33
IV. RESULTADOS	34
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
VI. CONCLUSIONES	48
VII. RECOMENDACIONES	49
VIII. REFERENCIAS	50
IX. ANEXOS	57

Índice de Tablas

N°	Título	Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable Apoyo Social	23
Tabla 2	Operacionalización de la Depresión	24
Tabla 3	Distribución de la muestra, según edad, ocupación, nivel de estudios	27
Tabla 4	Análisis de confiabilidad del Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS)	29
Tabla 5	Análisis de confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck II	31
Tabla 6	Análisis exploratorio de los datos y ajuste de la distribución de los datos	32
Tabla 7	Niveles del Apoyo social	34
Tabla 8	Niveles de la dimensión apoyo afectivo	35
Tabla 9	Niveles de la dimensión apoyo instrumental	36
Tabla 10	Niveles de la dimensión apoyo emocional/informacional	37
Tabla 11	Niveles de depresión	37
Tabla 12	Niveles de dimensión cognitivo-afectivo	38
Tabla 13	Niveles de dimensión somático-motivacional	39
Tabla 14	Análisis de correlación entre la depresión y apoyo social	40
Tabla 15	Análisis de correlación entre la depresión y apoyo afectivo	41
Tabla 16	Análisis de correlación entre la depresión y apoyo instrumental	41
Tabla 17	Análisis de correlación entre la depresión y apoyo emocional/informacional	42

Resumen

El estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024. El estudio es de tipo básico, enfoque cuantitativo, alcance correlacional, diseño no experimental y de corte transversal, para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta y como instrumentos la Escala de Apoyo Social (MOS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en una muestra de 125 gestantes entre 18 a 35 años. Los resultados indican una relación significativa e inversa (p -valor= ,000 y Rho = ,460) entre el apoyo social y la depresión, así también existe relación significativa e inversa entre la depresión y las dimensiones del apoyo social: apoyo afectivo (p -valor= ,000 y Rho = ,548), apoyo instrumental (p -valor= ,000 y Rho = ,419) y apoyo emocional/informacional (p -valor= ,000 y Rho ,481). En cuanto a los niveles de apoyo social se encontró que el 64% de las gestantes posee un nivel medio y en los niveles de presión se encontró que el 62,4% presenta síntomas leves. Se concluyó que existe relación significativa entre el apoyo social y la depresión en las gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico.

Palabras clave: depresión, apoyo social, embarazo, gestantes

Abstract

The study aims to determine the relationship between social support and depression in pregnant women treated in a gynecological-obstetric office in Lima Norte, 2024. The study is of a basic type, quantitative approach, correlational scope, non-experimental and cross-sectional design, for data collection the survey technique was used and as instruments the Social Support Scale (MOS) and the Beck Depression Inventory (BDI-II) in a sample of 125 pregnant women between 18 and 35 years old. The results indicate a significant and inverse relationship ($p\text{-valor} = ,000$ y $Rho = .460$) between social support and depression, as well as a significant and inverse relationship between depression and the dimensions of social support: affective support ($p\text{-valor} = ,000$ y $Rho = .548$), instrumental support ($p\text{-valor} = ,000$ y $Rho = .419$) and emotional/informational support ($p\text{-valor} = ,000$ y $Rho = .481$). Regarding the levels of social support, it was found that 64% of pregnant women have a medium level and in the levels of pressure it was found that 62.4% have mild symptoms. It was concluded that there is a significant relationship between social support and depression in pregnant women treated in a gynecological-obstetric office.

Keywords: depression, social support, pregnancy, pregnant women

I. INTRODUCCIÓN

La gestación es una etapa crucial en la vida de la mujer, caracterizada por profundos cambios físicos y psicológicos que pueden influir en su bienestar emocional y físico. Durante este periodo vulnerable, el entorno social juega un papel determinante en su capacidad para afrontar estos cambios. Los contextos sociales, ya sean favorables o desfavorables, pueden contribuir significativamente a una transición saludable hacia la maternidad o, por el contrario, representar obstáculos que afecten su salud mental. Este estudio se enfoca en analizar cómo el apoyo social se relaciona con la depresión, es decir, cómo el apoyo social se relaciona e integra dentro de la psicología de las gestantes como herramienta de sobrellevar dicha depresión. El estudio se organiza de la siguiente manera:

En el apartado inicial, se presenta el planteamiento del problema, contextualizando la investigación en un marco global, nacional y específico del lugar de estudio. Se formula la pregunta de investigación que guiará el análisis. Además, se exponen los antecedentes más relevantes tanto a nivel internacional como nacional, proporcionando una base sólida para la discusión. Asimismo, se plantean los objetivos y las hipótesis del estudio, junto con una justificación que resalta la relevancia y la necesidad de la investigación en el contexto actual.

En el segundo apartado, se plantean las bases teóricas del apoyo social y la depresión. En cuanto al apoyo social se resaltan los principales conceptos de Cobb, Cassel y Caplan, mientras que en la variable de depresión se resalta la teoría de Aaron Beck.

En el tercer apartado, se detallan tanto el tipo de estudio, enfoque de investigación, diseño y alcance del estudio. También se plantea la población, muestra, muestreo y los criterios de inclusión y exclusión. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos son detallados en este capítulo.

En el cuarto apartado, se presentan los principales resultados y hallazgos cuantitativos del estudio tanto a nivel descriptivo como inferencial mediante tablas y gráficos con su respectiva interpretación.

En el quinto apartado, se presenta la discusión de los resultados donde se refuerzan y contrastan con otras investigaciones que trabajaron las mismas variables y poblaciones similares al estudio. Las teorías también son puestas en combinación de los resultados. En el sexto apartado, se establecen las principales conclusiones del estudio. En el séptimo y último apartado, se generaron las principales recomendaciones y propuestas.

1.1. Descripción y formulación del problema

El cuerpo de la mujer, desde el inicio del embarazo, atraviesa diversos cambios en sus sistemas y partes, incluyendo la piel y otros órganos. Simultáneamente, se producen transformaciones importantes en el sistema endocrino, la mecánica muscular, el esqueleto y también en sus emociones, peso y aspectos psicológicos (Serdán et al., 2024). Por esto, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014) sostiene que es fundamental que la madre descanse y se cuide. Debe tomar descansos siempre que se sienta fatigada, dedicar tiempo a actividades recreativas y dormir lo necesario para sentirse bien.

Además de los cuidados mencionados, también es esencial que la familia, la pareja, los amigos y los vecinos ayuden con las tareas del hogar, los mandados y el cuidado de otros hijos e hijas. Estas interacciones se desarrollan dentro de la sociedad, contexto en el que se forjan relaciones personales que contribuyen al sentido de pertenencia, ya sea a un grupo familiar o a una comunidad de individuos unidos no únicamente por vínculos de sangre (Vásquez, 2023).

A este apoyo social se le ha demostrado que es fundamental para adaptarse a enfermedades crónicas y para lograr la recuperación de la salud. En el caso de las mujeres embarazadas, este apoyo puede ayudar a prevenir efectos psicológicos negativos y respuestas

comportamentales relacionadas con el estrés, así como la baja adherencia al tratamiento y el aislamiento social (Mier et al., 2017).

Los efectos psicológicos que pueden desarrollarse durante el embarazo afectan de forma negativa a la madre y también a su hijo, ya que desde la neuropsicología se ha encontrado evidencia que indica que los niños cuyas madres mostraron afecto negativo durante el embarazo tienden a tener un mayor compromiso en las funciones cognitivas (Loterio et al., 2018).

A nivel mundial, se estima que la prevalencia de ansiedad durante el embarazo oscila entre el 21% y el 25%, lo que resalta la necesidad urgente de atención. Sin embargo, se ha informado que menos del 20% de los profesionales de atención prenatal evalúan y abordan problemas de salud mental, y también menos del 20% de las mujeres embarazadas buscan atención en este ámbito (Salgado et al., 2023). Además, el estrés y la ansiedad en la madre son dos de los factores que podrían predecir más eficazmente la aparición de síntomas depresivos durante el embarazo. También se ha observado que la falta de apoyo social, especialmente por parte de la pareja, tiene un impacto significativo, ya que este apoyo percibido influye en la salud mental de la madre (Legarra et al., 2024).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS,2022) afirma que la depresión afecta a las mujeres el doble de veces que, a los hombres, entre el 10% apropiadamente, en países industrializados, de ellas la experimentan durante el embarazo o el postparto, mientras que en los países en desarrollo esta cifra es más del 20%.

En el Perú, estudios demuestran la prevalencia de la depresión en gestantes, como el realizado en dos centros de salud de Huamanga, donde se evaluó a 800 gestantes y el 62.17% de estas presentó depresión (Medina et al., 2022). Otro estudio en Lima Sur mostró que, de 100 gestantes, una cuarta parte presenta depresión moderada, y una minoría presenta depresión en un nivel grave (Bautista y Peña, 2022). Un dato alarmante ha surgido del estudio llevado a cabo

por el Programa de Socios En Salud, que indica que aproximadamente el 30% de las mujeres embarazadas mayores de 18 años en Lima Norte presentan depresión (Giraldo, 2023).

El foco de esta investigación es el consultorio gineco-obstétrico *Mujer en todas sus etapas*, situado en el distrito de Los Olivos en Lima Norte. Este consultorio atiende mensualmente a aproximadamente 70 mujeres gestantes, lo que lo convierte en un lugar ideal para explorar la relación entre el apoyo social y la depresión en esta población. La relevancia de este sitio radica en su capacidad para proporcionar información valiosa sobre el bienestar emocional de las gestantes y los factores que pueden influir en su salud mental. Por lo anteriormente expuesto, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Existe relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?

De esta forma, también se plantean los siguientes problemas específicos:

¿Cuáles son los niveles de apoyo social en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?

¿Cuáles son los niveles de depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?

¿Existe relación entre la dimensión apoyo afectivo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?

¿Existe relación entre la dimensión apoyo instrumental y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?

¿Existe relación entre la dimensión apoyo emocional/informativo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Vílchez (2024) en un Centro Materno Infantil ubicado en Lima, determinó la relación entre el apoyo social y depresión en gestantes atendidas en dicho centro. El estudio, de tipo observacional, analítico, transversal y prospectivo, incluyó una muestra de 72 gestantes atendidas durante los meses de intervención. Para la recolección de datos, se utilizaron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). En el análisis de datos, se aplicó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, obteniendo resultados significativos. El 57% de las gestantes con depresión percibieron un bajo apoyo social por parte de su familia, mientras que el 60% de las gestantes sin depresión reportaron un alto apoyo social familiar. Respecto al apoyo de amigos, el 50% de las gestantes con depresión percibieron un apoyo bajo, y un 24% de las gestantes sin depresión también lo reportaron como bajo. En cuanto al apoyo de la pareja, el 50% de las gestantes con depresión percibieron un apoyo bajo, mientras que el 31% de las gestantes sin depresión percibieron un apoyo alto. Los resultados indicaron una asociación significativa entre el apoyo social recibido por parte de la familia (p -valor=.004) y la pareja (p -valor=.002) con la depresión en gestantes, concluyendo que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de apoyo social percibido y la depresión en esta población.

Arrieta y Cuyate (2022) desarrollaron en Chiclayo una investigación en la cual lograron establecer la relación entre ansiedad estado-rasgo y depresión en mujeres sin apoyo familiar. En el estudio, de enfoque cuantitativo y alcance correlacional, 30 gestantes formaron parte de la muestra bajo un muestreo no probabilística. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y el Inventario de Ansiedad – Estado (IDARE). Se encontró un valor de ,48 en la correlación de Spearman entre ambas variables de estudio indicando una correlación directa positiva entre las variables.

Dávila (2021) determinó en Trujillo, la existencia de la relación entre el apoyo social percibido y la depresión posparto. El estudio fue descriptivo, correlacional y de corte

transversal, la muestra empleada fue conformado 150 puérperas en calidad de hospitalizadas, bajo un muestreo no probabilístico y por conveniencia. Se aplicaron la Escala de Apoyo Social (MSPSS) y la Escala de Depresión de Edimburgo (EDPE), además de una ficha de datos sociodemográficos. Los resultados mostraron que el 43% no presentaron riesgo de depresión, el apoyo social es independiente de la depresión. Se concluyó la inexistente relación entre ambas variables.

Chávez (2021) en Cajamarca, determinó la relación entre factores sociales y la depresión post parto en madres adolescentes. El estudio fue de tipo no experimental, corte transversal, descriptivo y alcance correlacional. En este estudio el muestreo usado fue probabilístico con el cual 68 gestantes adolescentes conformaron la muestra. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento empleado fue la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo (EDPE). Los hallazgos indican que la mayoría de las adolescentes puérperas experimentaron depresión, en cuanto a los factores sociales, casi la totalidad de estas adolescentes tenían entre 15 y 19 años, más de la mitad eran amas de casa, la mitad dependía económicamente de sus padres y el 75% vivían en unión libre. Se concluyó la no existencia de una relación significativa entre los factores sociales y la depresión postparto.

Moreno (2020) en el distrito de Comas, determinó la relación existente entre la depresión y el apoyo social en mujeres gestantes. El tipo de diseño fue no experimental, correlacional y transversal. Doscientos y cinco mujeres gestantes del Centro Materno Infantil formaron parte de la muestra las cuales desarrollaron tres instrumentos de recolección de datos: Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS), Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE) y una ficha sociodemográfica. Los resultados mostraron una correlación negativa de grado moderado. Se concluyó una asociación significativa negativa entre las variables.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Benalcázar et al. (2023) determinaron la frecuencia de depresión y factores de riesgo en gestantes en el Salvador. El estudio fue cuantitativo, observacional y relacional con un corte transversal. El número de mujeres embarazadas que formaron parte de la muestra fue de 120. Para la recolección de datos se emplearon la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EDPE) y la Escala de Apgar Familiar (Apgar Familiar). Los resultados mostraron una prevalencia de depresión fue del 35%, los factores socioeconómicos como factores de riesgo fueron mayor de 35 años, empleo inestable, vivir en zonas rurales y desempleo, respecto a las características psicosociales se encontraron antecedentes de depresión, no tener apoyo social o familiar y violencia intrafamiliar. Se concluyó que el embarazo es una etapa vulnerable donde existen factores de riesgo para la salud física y mental.

Aguilar (2022) en Ecuador, caracterizó la salud mental de las gestantes adolescentes a través de la autoestima, apoyo social percibido y síntoma de depresión y la vinculación afectiva. Esta fue una investigación deductiva, cuantitativo y descriptivo. Voluntariamente participaron 202 madres adolescentes a las cuales se les aplicó la Escala de Apoyo Social de MOS (MOS-SSS) y la Escala Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D). Los resultados mostraron que el 65%.8 de quienes tenían apoyo emocional no presentaron síntomas somáticos y el 5,5% de quienes tuvieron apoyo instrumental no presentaron síntoma en el área de relaciones. En conclusión, la percepción de no contar con apoyo social en la madre provoca sentimientos de rechazo que generan efectos como la depresión.

Monterrosa-Castro et al. (2022) en Colombia, determinaron la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés para estimar los factores asociados con cada uno de ellos en gestantes durante el control prenatal. La investigación fue transversal, de análisis relacional y prospectiva. En el estudio 484 embarazadas fueron parte del estudio a quienes se les aplicó un Cuestionario para medir variables sociodemográficas y la Escala Depression, Anxiety and Stress (DASS). El 18% mostró sentirse triste y deprimida en alguna etapa del embarazo,

mientras, al 34% le fue difícil decidir tener iniciativa en sus actividades. En conclusión, 3 de cada 10 pacientes carecieron de bienestar psicológico.

Thomas-Hilarión et al. (2022) en Colombia, compararon el apoyo social percibido según variables sociodemográficas, ginecobstétricas y afecto positivo en gestantes. Se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo, utilizando un diseño comparativo y transversal; en este participaron 40 mujeres en el tercer tercio de su embarazo. Los instrumentos empleados fueron una Ficha Sociodemográfica, la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y una Sub Escala de Afectos Positivos y Negativos. En conclusión, las mujeres de clase alta mostraron un alto apoyo social por sus amigos, el apoyo familiar fue alto en las madres primerizas y el apoyo social fue alto también cuando eran primerizas.

Providence et al. (2022) en Ruanda, exploraron los síntomas depresivos prenatales y el apoyo social en mujeres asistentes a la atención prenatal. El estudio fue descriptivo y transversal, en este participaron 396 embarazadas asistentes a los servicios de atención prenatal. La Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE) y la Escala de Apoyo Social a la Maternidad (MSSS) fueron los instrumentos para evaluar las variables. Los resultados mostraron una prevalencia de síntomas depresivos del 26,6%; además, el apoyo de pareja y amigos predice de forma negativa los síntomas depresivos. También, las mujeres con buen apoyo tenían menor probabilidad de presentar síntomas de depresión. Se concluyó que el apoyo social, en especial el de pareja, podría ser una fuente protectora contra los síntomas prenatales.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de apoyo social en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.
- Identificar los niveles de depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.
- Establecer la relación entre la dimensión apoyo afectivo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.
- Establecer la relación entre la dimensión apoyo instrumental y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.
- Establecer la relación entre la dimensión apoyo emocional/informativo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.

1.4. Justificación

El presente estudio es relevante desde un punto de vista teórico porque contribuye al cuerpo de conocimiento existente sobre la relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes. El apoyo social puede actuar como un factor protector frente a trastornos psicológicos durante el embarazo, pero existe una necesidad de investigaciones adicionales que aborden esta relación en contextos específicos, como el de Lima Norte. Este estudio no solo busca corroborar teorías previas sobre los efectos del apoyo social en la salud mental de las gestantes, sino también ampliar el conocimiento en este campo al explorar estas variables en una población poco estudiada.

Metodológicamente, este estudio es significativo porque emplea un enfoque cuantitativo con el uso de encuestas y análisis estadísticos, permitirá obtener resultados objetivos y medibles sobre la relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes. El uso de herramientas como el SPSS para el análisis de datos garantiza la rigurosidad en el procesamiento de la información, mientras la aplicación de pruebas de correlación permitirá establecer asociaciones estadísticas precisas entre las variables. Además, el diseño del estudio

por conveniencia es adecuado dado el acceso limitado a la población objetivo, y proporciona una base sólida para estudios futuros de mayor escala.

Desde un punto de vista social, este estudio tiene una gran relevancia, ya que las gestantes son una población vulnerable la cual puede verse afectada por trastornos psicológicos como la depresión, los cuales impactan tanto en su bienestar como en el desarrollo del feto. Identificar cómo el apoyo social influye en la salud mental de las gestantes en Lima Norte permitirá diseñar intervenciones específicas las cuales mejorarán el acompañamiento social durante el embarazo, fomentando políticas de salud pública más efectivas. Los resultados podrán contribuir a la creación de programas de apoyo en centros de atención gineco-obstétrica, mejorando la calidad de vida de las gestantes y reduciendo el riesgo de complicaciones tanto emocionales como físicas durante el embarazo.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

H_G: Existe una relación estadística significativa entre el apoyo social y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.

1.5.2. Hipótesis específicas

H₁: Existe relación estadística significativa entre el apoyo afectivo y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.

H₂: Existe relación estadística significativa entre el apoyo instrumental y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.

H₃: Existe relación estadística significativa entre el apoyo emocional/informativo y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Apoyo social*

2.1.1.1. Definición. El concepto de red de apoyo social surgió con Barnes en 1954 como respuesta a la necesidad de explicar aspectos como el acceso laboral, la participación política y los roles matrimoniales. En 1955, Bott describió la red social como una configuración donde las unidades externas mantienen relaciones entre sí (Aranda y Pando, 2013).

En los años sesenta, Bowlby introdujo los primeros conceptos sobre el apoyo social con su teoría del apego. Esta teoría surgió para explicar el vínculo afectivo entre una madre y sus hijos, especialmente en relación con el efecto protector, desde la infancia hasta la vida adulta (Aranda y Pando, 2013).

Veramendi et al. (2023) sostiene que el apoyo social percibido está caracterizado por la sensación personal de contar con una red confiable de relaciones, principalmente familiares, amistades y otros individuos importantes.

Jiménez-Hernández et al. (2023) señalan que el respaldo social desempeña un rol crucial en la felicidad y bienestar de las personas mayores, al promover su salud emocional y física, prevenir problemas como la depresión y enfermedades crónicas, y aumentar significativamente su calidad de vida.

Fernández et al. (2011) afirma que, de acuerdo con Lin, el respaldo social se puede entender como el conjunto de ayudas emocionales o prácticas, percibidas o recibidas, provenientes de la comunidad, las conexiones sociales y las relaciones personales cercanas y de confianza. Estas ayudas pueden manifestarse tanto en situaciones normales del día a día como en momentos de crisis a lo largo de la vida.

El concepto de red de apoyo social ha sido clave para entender cómo las relaciones interpersonales impactan en el bienestar de los individuos a lo largo de su vida. Desde la

definición inicial de Barnes en 1954, quien vinculaba las redes de apoyo con aspectos como el acceso laboral y los roles familiares, hasta la teoría del apego de Bowlby, quien subraya la importancia de los vínculos afectivos en la infancia como base para las relaciones a lo largo de la vida, se ha consolidado la idea de que el apoyo social no solo es un recurso funcional, sino también emocional. En la actualidad, se reconoce el apoyo social percibido, es decir, la sensación de contar con una red confiable de relaciones, como un elemento fundamental para la salud mental, pues puede ofrecer tanto ayuda práctica como una sensación de seguridad emocional. Esta percepción de apoyo es crucial, tal y como señalan Veramendi et al. (2023), no es solo la cantidad de relaciones lo importante, sino la calidad y la confianza en ellas. Además, como muestran Jiménez-Hernández et al. (2023), en la vejez el apoyo social adquiere una relevancia aún mayor, puede prevenir trastornos emocionales como la depresión y enfermedades crónicas, mejorando significativamente la calidad de vida. En este sentido, el análisis de las redes de apoyo social permite comprender cómo estas relaciones pueden funcionar no solo como un mecanismo de protección en momentos de crisis, sino también como un factor determinante para el bienestar general, influyendo directamente en la forma en que los individuos perciben y afrontan las adversidades a lo largo de su vida.

2.1.1.2. Dimensiones. Cohen y Wills (1985) y Sherbourne y Steward (1991) crearon un cuestionario el cual clasifica el apoyo social en cuatro categorías, sin embargo, se empleará el adaptado por Revilla et al. (2005) el cual consta de las siguientes 3 dimensiones:

A. Apoyo Afectivo. Se refiere a la información de su entorno más cercano el cual ama, valora y acepta a una persona a pesar de cualquier conflicto o debilidad personal (Correa, 2021). Es decir, se refiere a las expresiones de amor y afecto recibidas por los individuos de su grupo más cercano (Fachado et al., 2013).

B. Apoyo Instrumental. Definido como el comportamiento enfocado en brindar ayuda o servicios directos, como transporte, ayuda con las tareas del hogar, cuidado y

acompañamiento (Arriagada, 2012). Es proporcionado cuando se proporcionan recursos instrumentales o materiales que ayudan directamente a las personas necesitadas (Fachado et al., 2013).

C. Apoyo Emocional/Informacional. se refiere a las formas de apoyo que una persona recibe de su entorno social, que incluyen tanto la asistencia emocional como la información que ayuda a enfrentar situaciones difíciles o estresantes (Correa, 2021). Consiste en el suministro de información útil que puede ayudar a la persona a entender mejor una situación y tomar decisiones informadas. Este apoyo incluye consejos prácticos, estrategias para resolver problemas, y orientación sobre cómo manejar situaciones complejas. Es útil, por ejemplo, cuando se enfrenta a una enfermedad, una crisis o una transición importante en la vida. (Fachado et al., 2013).

2.1.1.3. Modelos teóricos. En 1954, Barnes introduce el concepto de red de apoyo social para explicar aspectos como el acceso al trabajo y roles sociales (Aranda y Pando, 2013). Después en Cassel en 1974 es reconocido como el pionero en investigar los efectos psicológicos positivos del apoyo social. Este tipo de apoyo proporciona beneficios principalmente porque proviene inicialmente del círculo más cercano, es decir, de las personas más próximas. La pérdida de la salud crea una disrupción en la relación entre el individuo y su entorno ya que el organismo desconoce cómo interpretar las señales del entorno. El apoyo social se refiere a la información proporcionada por las personas significativas en nuestro entorno, la disponibilidad de esta información depende de la presencia de estas relaciones, y la falta de ellas deja a las personas vulnerables ante la enfermedad (Herrero, 2014).

Analizando esto, se puede afirmar que cuando el individuo enfrenta la pérdida de salud, esta red de apoyo se ve directamente afectada, lo que genera una ruptura en la interacción entre el individuo y su entorno. La incapacidad de interpretar adecuadamente las señales del entorno debido a la enfermedad puede provocar sentimientos de aislamiento, incertidumbre y

vulnerabilidad. Las relaciones significativas tienen un impacto crucial en la manera en que la persona afronta el desafío de la enfermedad. La falta de un sistema de apoyo cercano puede hacer que el individuo se sienta desprotegido y más susceptible a la angustia emocional, ya que la información y el acompañamiento necesarios para interpretar y manejar la situación de salud se vuelven inaccesibles. De esta manera, el apoyo social se configura no solo como un medio para obtener ayuda concreta, sino como un pilar fundamental para la resiliencia emocional, donde su ausencia puede intensificar la vulnerabilidad ante situaciones de enfermedad y estrés psicológico.

Cobb en 1976 supuso que la información proveniente de individuos significativos como familiares y amigos era crucial para mantener un equilibrio entre el individuo y su entorno. Sin embargo, comprendió que no toda la información proveniente de estas personas debía ser clasificada como apoyo social (Herrero, 2014). La información que una persona reciba de su entorno determinará si se siente integrada en un grupo social específico o, por el contrario, si se siente excluida. Estos mensajes pueden tener un impacto significativo, siendo positivos y de aceptación, lo que generaría un efecto positivo notable, o negativos y de rechazo, lo que tendría un efecto negativo evidente (Arias, 2021). Aranda y Pando (2013) sostienen que “Cobb conceptúa por red social a la instancia mediadora en la que se brinda apoyo social de tipo emocional e informacional” (p.5).

Caplan en 1974 sostiene que las personas interactúan en contextos estables con otros individuos, lo que proporciona información sobre sí mismos y sobre los demás, ayudándoles a entender el mundo y su vida. Reconoce la importancia de la información emocional en este proceso, coincidiendo con las ideas de Cobb. Además, aunque reconoce que rara vez interactuamos con la comunidad en su totalidad, destaca que los sistemas de ayuda nos brindan indicadores sobre el contexto más amplio en el que vivimos. Esto implica que interactuar en estos sistemas también es interactuar con la comunidad, y sentirse integrado en ellos es sentirse

parte de la comunidad. Estas ideas son fundamentales para comprender los grupos de apoyo y de autoayuda. Por otro lado, los sistemas de ayuda se dividen en formales (centros de apoyo e instituciones públicas y privadas) e informales (familia, amigos, pareja), que pueden colaborar entre sí para ofrecer una mejor asistencia (Herrero, 2014).

House en 1981 propuso una definición de apoyo social centrada en la acción, describiéndolo como una transacción entre dos o más personas que incluye implicación emocional, ayuda instrumental, información o evaluación. Posteriormente, Shumaker y Brownell en 1984 también subrayaron este enfoque, definiendo el apoyo social como un intercambio entre al menos dos individuos, cuyo propósito es mejorar el bienestar del receptor (Durá y Gárces, 1991).

2.1.2. Depresión

2.1.2.1. Definición. La definición de la depresión según la OMS implica la presencia de síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones en el sueño o el apetito, fatiga y dificultad para concentrarse (Vergel y Barrera, 2021). La alta incidencia global de la depresión la convierte en un desafío significativo para la salud pública. Su origen es multifacético, involucrando aspectos psicosociales, genéticos y biológicos, lo que añade complejidad a su comprensión (Corea, 2021). Vásquez et al. (2000) sostiene que “La depresión es un trastorno del estado de ánimo. El concepto trastornos del estado de ánimo (TEA) se refiere a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto” (p.18).

El análisis de la depresión, a partir de las definiciones proporcionadas, revela que este trastorno del estado de ánimo es complejo, multidimensional y tiene un impacto profundo en la vida de las personas. La depresión no solo se caracteriza por síntomas emocionales como la tristeza o la pérdida de interés, sino también por manifestaciones físicas, como alteraciones en el sueño, el apetito y la fatiga. Este cuadro clínico puede variar en intensidad, pero lo que es

común es su capacidad para afectar todos los aspectos de la vida de quien lo padece, desde las relaciones interpersonales hasta el rendimiento laboral o académico. Además, su alta prevalencia a nivel mundial subraya la importancia de la depresión como un problema de salud pública que no solo afecta a nivel individual, sino que también tiene repercusiones sociales y económicas. Dada la diversidad de factores que contribuyen a la aparición de la depresión, su tratamiento debe ser igualmente integral. No solo debe abordarse desde un enfoque farmacológico para manejar los aspectos biológicos, sino también desde un enfoque terapéutico que considere los factores psicosociales, como el estrés, las relaciones interpersonales y el entorno. Además, el aumento en la incidencia de la depresión a nivel global indica que, más allá de los esfuerzos clínicos, también es necesario considerar intervenciones a nivel comunitario y social que ayuden a prevenir su aparición, como la promoción de redes de apoyo social, el acceso a servicios de salud mental y la educación sobre la gestión emocional.

2.1.2.2. Síntomas. Los síntomas de la depresión abarcan un gran número, entre los síntomas de la depresión, se tienen los siguientes:

A. Cognitiva. Según Chamon (2006) los síntomas cognitivos de la depresión son los siguientes:

- Tristeza patológica o estado de ánimo depresivo, caracterizado por emociones negativas como pena, vacío, desesperación e incluso una falta total de sentimientos, que a veces puede enmascarse por otros síntomas.
- Anhedonia, que se presenta como la incapacidad para experimentar placer en actividades que antes resultaban gratificantes.
- Ansiedad secundaria a la depresión, que se manifiesta como un miedo intenso e injustificado a eventos negativos, generando un constante estado de inquietud que puede impulsar a buscar ayuda.
- Irritabilidad, respuestas de conducta violentas, injustificadas y desproporcionadas.

- Disforia, malestar, incluyendo emociones negativas como malhumor, angustia, ansiedad e irritabilidad.
- Apatía, completa falta de interés o motivación.

B. Física. Según Chamon (2006) los síntomas físicos son:

- Trastornos vegetativos, como astenia, cefaleas atípicas, dolores musculoesqueléticos, pérdida de peso, y trastornos digestivos como dispepsia, estreñimiento y pérdida de apetito, así como trastornos cardíacos y de la libido.
- Trastornos de los ritmos vitales, alteraciones en el ritmo sueño/vigilia, ritmo circadiano con empeoramiento matutino de los síntomas, y variaciones estacionales con mejoría durante el invierno.

C. Afectiva. Según Chamon (2006) los síntomas afectivos de la depresión son los siguientes:

- Desórdenes del pensamiento que incluyen un proceso cognitivo lento, indecisión y falta de variabilidad en el discurso, con dificultades para concentrarse y razonar. Los contenidos del pensamiento están dominados por ideas negativas de ruina, inutilidad, pesimismo o culpa, lo que conduce a sentimientos de desesperación. Estas ideas distorsionadas abarcan tanto el entorno (percibido como amenazante) como la propia valía (con una percepción de sí mismo como una persona indigna). Pueden surgir pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- Alteraciones cognitivas que pueden estar presentes en casos de demencia en personas mayores y ocasionalmente en individuos más jóvenes, lo que generalmente indica un peor pronóstico. Estas alteraciones se manifiestan como desorientación, dificultades de memoria, disminución en la capacidad de aprendizaje y problemas de atención.

2.1.2.3. Modelos teóricos. La teoría de desesperanza (TD) de la depresión es un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés. Según esta teoría, las personas con estilos inferenciales

negativos, es decir, una tendencia a interpretar los eventos de manera desfavorable, tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos cuando enfrentan eventos vitales estresantes. Se postula que esta vulnerabilidad cognitiva contribuye al desarrollo de la depresión al aumentar la probabilidad de experimentar síntomas depresivos en presencia de estrés, aunque no es ni necesaria ni suficiente para la ocurrencia de los síntomas depresivos (Abramson et al., 1997).

Haciendo un análisis a partir de la teoría de desesperanza (TD), el enfoque propuesto por Abramson y sus colegas resalta la interacción entre los estilos cognitivos y los factores estresantes en el desencadenamiento de la depresión. La idea central es que las personas con estilos inferenciales negativos, es decir, aquellas que tienden a atribuir eventos negativos a causas internas, estables y globales, se encuentran en una posición más vulnerable frente al estrés. Este patrón de pensamiento puede amplificar las reacciones emocionales ante situaciones adversas, aumentando la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos.

La teoría conductual de la depresión de Lewinsohn busca entender la depresión a través de procesos de asociación y condicionamiento relacionados con la ejecución de conductas y sus consecuencias. La falta de refuerzo de las conductas desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la depresión. Esto implica que las acciones realizadas por el individuo no reciben suficiente reconocimiento o recompensa (Castillero, 2019).

La teoría conductual de la depresión de Lewinsohn, si se hace un análisis, ofrece una perspectiva importante al considerar cómo las conductas y sus consecuencias juegan un papel clave en el desarrollo de la depresión. Según este enfoque, la falta de refuerzo positivo en las acciones cotidianas de una persona puede generar una espiral negativa de emociones y comportamientos. Cuando un individuo realiza esfuerzos, pero no recibe recompensas o reconocimiento, ya sea en el ámbito social, laboral o personal, se va incrementando la probabilidad de experimentar sentimientos de desánimo y desesperanza. Esta falta de

reforzamiento, combinada con la ausencia de experiencias placenteras o gratificantes, puede llevar al individuo a reducir su nivel de actividad, lo que a su vez genera más aislamiento y menor exposición a situaciones que pudieran producir refuerzos positivos. De esta manera, se establece un ciclo de depresión donde la inactividad y la ausencia de refuerzos no solo mantienen, sino que agravan el estado emocional negativo.

La teoría de la depresión de Beck es una de las más representativas de las explicaciones cognitivas sobre esta condición. Se fundamenta en un modelo que relaciona la vulnerabilidad al estrés con la activación de patrones de pensamiento distorsionados. Estos esquemas distorsionan la manera en que una persona percibe, procesa e interpreta la información sobre sí misma, su entorno y su futuro, lo que da inicio y perpetúa los síntomas depresivos. A partir de esta teoría, se desarrolló el Inventario de Depresión de Beck (BDI), que se utiliza para identificar y evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos (Beltrán et al., 2022). Desde la perspectiva cognitiva, el paciente con depresión posee un esquema que refleja una visión negativa de sí mismo, de su entorno y del futuro, conocido como la tríada cognitiva. Se percibe a sí mismo como incapaz, inútil e incluso despreciable o defectuoso (Dahab et al., 2022).

Es importante destacar que esta teoría será la base sobre la que se trabajó en este estudio. En lugar de enfocarnos exclusivamente en los factores biológicos o ambientales, se pretende explorar cómo los esquemas cognitivos y la activación de patrones de pensamiento disfuncionales influyen en el curso y la intensidad de los síntomas depresivos. Este enfoque permitirá abordar la depresión desde una perspectiva cognitiva, proporcionando un marco para comprender y tratar los patrones de pensamiento que mantienen este trastorno psicológico.

2.1.2.4. Dimensiones. Las dimensiones de la depresión según la teoría cognitiva de Beck son los siguientes:

A) *Cognitivo-Afectivo.* Los aspectos cognitivo-afectivos de la depresión se refieren a la interacción entre los procesos cognitivos, como pensamientos y creencias, y las emociones que experimenta una persona. En este contexto, quienes padecen depresión suelen tener pensamientos negativos que los llevan a una visión pesimista de sí mismos, de los demás y del futuro. Estos individuos tienden a distorsionar la realidad, lo que provoca emociones intensas, como tristeza, desesperanza, ansiedad y culpa, que pueden resultar abrumadoras. Además, una autoevaluación negativa es común; muchas personas se sienten inútiles y sin valor, lo que impacta negativamente en su autoestima. Esta combinación de pensamientos y emociones crea un ciclo que perpetúa los síntomas depresivos, haciendo que la recuperación sea un proceso difícil (Marosti et al., 2015).

B) *Somático-Motivacional.* Los aspectos somático-motivacionales de la depresión se centran en las manifestaciones físicas de la enfermedad y en cómo estas influyen en la motivación y el comportamiento de la persona. Los síntomas físicos, como la fatiga, las alteraciones en el sueño y los cambios en el apetito, son comunes y pueden generar un malestar significativo. Esta falta de energía y bienestar físico puede llevar a una disminución en la motivación para participar en actividades que antes resultaban placenteras. Además, las personas con depresión a menudo adoptan comportamientos evitativos, eligiendo evitar situaciones sociales o actividades, lo que a su vez agrava el aislamiento y el malestar emocional. La interacción entre estos aspectos somático-motivacionales y los elementos cognitivos y afectivos contribuye a un ciclo que refuerza la depresión, dificultando aún más la posibilidad de recuperación (Marosti et al., 2015).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es básico ya que no busca resolver ninguna problemática en particular sino identificar la relación entre dos variables psicológicas como el apoyo social y la depresión, según Haro et al. (2024) la investigación básica “Busca ampliar el conocimiento teórico sin un enfoque inmediato en aplicaciones prácticas. Se centra en comprender los principios fundamentales” (p.4).

La investigación fue de enfoque cuantitativo, según Ceja et al. (2023) esta implica la recopilación y análisis de datos numéricos sobre diferentes variables. Se enfoca en examinar la asociación, correlación y generalización de los resultados obtenidos de una muestra hacia toda la población, con el objetivo de inferir conclusiones aplicables a un contexto más amplio. En el caso de este estudio, las mediciones fueron a través de instrumentos validados que permiten obtener datos cuantificables, facilitando el análisis estadístico de las relaciones entre ambas variables y la extrapolación de los resultados a la población objetivo.

El estudio fue de alcance correlacional, según Cueva et al. (2023) “La investigación correlacional tiene como objetivo identificar conexiones entre distintas variables y determinar si hay alguna relación entre ellas” (p. 31). Esto es concordante con la presente investigación ya que tiene como objetivo establecer la relación entre el apoyo social y la depresión.

Además, tuvo un diseño no experimental ya que no se manipularon variables, según Haro et al. (2024) “Este tipo de investigación recolecta datos sin manipular el entorno o las variables de estudio. Los investigadores observan y registran la información tal como ocurre naturalmente” (p.6), así también es de corte transversal debido a que los datos solo se tomaron una sola vez, tal y como sostienen los mismos autores “Se caracteriza por la recopilación de datos en un único punto en el tiempo, ofreciendo una visión instantánea de un fenómeno o población en un momento específico” (p.5).

3.2. **Ámbito temporal y espacial**

La investigación se desarrolló en el consultorio gineco-obstétrico *Mujer en todas sus etapas* ubicado en la avenida Carlos Izaguirre 1198, en el segundo piso, distrito de Los Olivos. Este consultorio atiende distintas demandas de servicios como consultas ginecológicas, ecografía mamaria, ecografía 5D, ecografía doppler y ecografía genética. La investigación se realizó entre los meses de mayo y octubre del 2024, y específicamente el proceso de recolección de datos se produjo entre los meses de agosto, septiembre y octubre del 2024.

3.3. **Variables**

3.3.1. *Apoyo social*

- **Definición conceptual**

Jiménez-Hernández et al. (2023) señalan que el respaldo social desempeña un rol crucial en la felicidad y bienestar de las personas mayores, al promover su salud emocional y física, prevenir problemas como la depresión y enfermedades crónicas, y aumentar significativamente su calidad de vida.

- **Definición operacional**

La variable de apoyo social se evaluó utilizando las puntuaciones obtenidas, sumando los puntajes de cada ítem para obtener un puntaje total. Un puntaje más alto indicará un mayor nivel de apoyo social según la Escala de MOS.

Tabla 1*Operacionalización de la variable Apoyo Social*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de respuesta	Niveles y rangos	Nivel de medición
Apoyo afectivo	Seguridad	1, 4, 7, 1, 13,	Nunca	Alto = Mayor igual	
	Confianza	16	(0), pocas veces		
Apoyo instrumental	Ayuda material	2, 5, 8, 11, 14,	(1),	que 61	Ordinal
	Apoyo económico	17	algunas veces	Medio = Entre 36	
Apoyo emocional/ Informacional	Asesoramiento	3,6, 9, 12, 15,	(2), la	a 60	
	Actividades de disfrute		18	mayoría de veces (3) y siempre (4)	

3.3.2. *Depresión*

- **Definición conceptual**

El DSM-5 describe una presentación clínica similar, que incluye pérdida de interés o placer, estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, cambios en el apetito o el sueño, fatiga, dificultades cognitivas y pensamientos suicidas (Vergel y Barrera, 2021).

- **Definición operacional**

Esta variable se calculó a través de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck II.

Tabla 2*Operacionalización de la Depresión*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de respuesta	Niveles y rangos	Nivel de medición
Cognitivo-Afectivo	Tristeza	1, 2,	Opciones	No tiene depresión = 0 a 15 Síntomas leves = 16 a 31 Síntomas moderados = 32-47 Síntomas graves = 48-63	Ordinal
		3, 4,	de respuesta múltiple,		
	Pesimismo	5, 6,	asignando		
	Pérdida del placer	7, 8,	un puntaje de 0 a 3 en función de la intensidad con la que se percibe el síntoma.		
Somático-Motivacional	Sentimientos de culpa	9, 1,			
		14			
	Agitación	11,			
	Pérdida de energía	12,			
Somático-Motivacional	Cambios en los hábitos de sueño	13,			
		15,			
	Irritabilidad	16,			
		17,			
		18, 19			

3.4. Población y muestra

La población de estudio fueron todas las gestantes atendidas en el consultorio gineco-obstétrico *mujer en todas sus etapas* durante los meses de septiembre y octubre del 2024. La muestra estuvo conformada por 125 gestantes atendidas en dicho consultorio en el periodo de tiempo ya mencionado.

El muestreo realizado fue de tipo no probabilístico, específicamente por conveniencia o de manera intencional, ya que la selección de la muestra se basó en criterios de inclusión y exclusión alineados con los objetivos de la investigación. El tamaño de la muestra se determinó de manera accidental, tomando en cuenta la cantidad de participantes que estuvieron fácilmente disponibles para participar en el estudio entre los meses de septiembre y octubre del 2024. Según Arrogante (2024) “Los participantes son seleccionados al ser fácilmente accesibles para

el investigador o porque deseen participar voluntariamente. De esta manera, el investigador elige a los participantes en función de su disponibilidad (por proximidad, amistad, etc.)” (p.45).

La elección del muestreo accidental fue fundamentada principalmente por la limitación de tiempo impuesta por el consultorio, que solo permitió realizar la recolección de datos durante un período de dos meses. Este tiempo reducido dificultó la aplicación de un muestreo probabilístico en una población tan amplia y fluctuante como las gestantes, ya que no fue posible determinar con precisión el tamaño de la población en ese lapso. Un muestreo aleatorio probabilístico requeriría un cálculo previo del tamaño de muestra, lo cual no era viable debido a la falta de información sobre la población exacta y el tiempo restringido.

Es cierto que existe el muestreo probabilístico para poblaciones infinitas, como el muestreo aleatorio simple o el muestreo sistemático, donde se puede calcular el tamaño de la muestra a partir de parámetros como el margen de error y el nivel de confianza. Sin embargo, en este caso, la decisión de no aplicar este tipo de muestreo se debió a la limitación temporal impuesta por el consultorio, que solo me permitió recolectar datos durante un periodo de dos meses. Este tiempo limitado no permitió realizar un cálculo preciso del tamaño de muestra ni identificar adecuadamente a los miembros de la población dentro de ese lapso tan corto.

El proceso de determinación del tamaño de la muestra no se basó en cálculos estadísticos complejos como los que se emplean en un muestreo probabilístico. En lugar de eso, la muestra se seleccionó de manera práctica y conveniente, eligiendo a los sujetos disponibles y accesibles dentro del periodo determinado.

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres gestantes entre 18 y 35 años.
- Mujeres que se encuentren en cualquier trimestre de gestación.
- Gestantes que hayan sido atendidas en el consultorio gineco-obstétrico *Mujer en todas sus etapas* durante los meses de septiembre y octubre de 2024.

- Mujeres que hayan consentido voluntariamente participar en el estudio.
- Mujeres que estuvieron disponibles para realizar las entrevistas o evaluaciones necesarias durante el periodo del estudio.

3.4.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres que no deseen participar en el estudio o que retiren su consentimiento durante el desarrollo del mismo.
- Mujeres que no hayan recibido atención exclusiva en el consultorio *Mujer en todas sus etapas*.
- Gestantes que por motivos cognitivos o lingüísticos no puedan comprender o seguir las indicaciones del estudio.

En la tabla 3 se muestra la distribución de la muestra según características sociodemográficas, el criterio para segmentar las edades en tres rangos fue el de proporcionalidad entre los tres rangos y teórico ya que para Arnett (2000), citado por Uriarte (2005), “Adulthood emergente es la etapa de transición entre la adolescencia y la edad adulta temprana en las sociedades industrializadas avanzadas, cuyos límites cronológicos estarían entre los 18 y los 25 años de edad, aunque puede extenderse hasta los 30 años” (p.150). Esto sirve de apoyo para agrupar a las gestantes como una primera etapa entre los 18 a 25 años donde inician su adultez, otras de 26 a 30 años que pudieron optar por tener hijos a dicha edad y el otro grupo de 31 a 35 años las cuales pueden optar por una planificación familiar más elaborada.

Tabla 3*Distribución de la muestra, según edad, ocupación, nivel de estudios*

Variable sociodemográfica	F	%	Acumulado
Edad			
18-25 años	52	41,6	41,60
26-30 años	56	44,8	86,40
31-35 años	17	13,6	100,00
Instrucción			
Secundaria	57	45,6	45,60
Técnico	19	15,2	60,80
Universitario	49	39,2	100,00
Ocupación			
Ama de casa	23	18,4	18,40
Independiente	25	2,0	20,40
Dependiente	61	48,8	69,20
Estudiante	16	12,8	82,00

Nota. F= Frecuencia; %= Porcentaje

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de apoyo social

El cuestionario MOS de apoyo social (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) logra superar limitaciones como problemas de fiabilidad. Este instrumento fue creado por Sherbourne y Stewart en 1991 tras un seguimiento de dos años realizado a pacientes con enfermedades crónicas (Martín-Carbonell et al., 2019).

Sherbourne y Stewart reorganizaron las dimensiones del apoyo social cualitativo, agrupando el apoyo confidencial e informacional bajo la categoría de *apoyo emocional*. Consideraron que tanto la confianza como la información pueden ser percibidas como una expresión de afecto y preocupación hacia la persona que las recibe. El apoyo afectivo se mantendría para evaluar la percepción de contar con personas que transmiten amor, estima, cariño o empatía. Las otras dos dimensiones, apoyo instrumental e interacción social positiva,

se conservaron según la clasificación original del apoyo cualitativo (Bailón y De la Revilla, 2014).

Originalmente este cuestionario consta de 19 ítems que evalúan cinco dimensiones clave de apoyo social. La primera dimensión, *Apoyo Emocional e Informacional* (8 ítems); la segunda dimensión, *Apoyo Material o Tangible* (4 ítems); la tercera dimensión, *Apoyo Afectivo* (3 ítems), mientras que la cuarta dimensión, *Apoyo Positivo* (3 ítems), finalmente, la dimensión de *Interacción Social* (1 ítem) valora la frecuencia de contactos sociales y actividades compartidas. Cada ítem del cuestionario se califica en una escala tipo Likert de cinco puntos, que va de 1 (nunca), 2(casi nunca), 3 (a veces), 4(casi siempre) y 5 (siempre).

El Cuestionario MOS de apoyo social ha sido adaptado por Revilla et al. (2005) al idioma español donde obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas mediante diferentes análisis psicométricos como el análisis factorial que revela la existencia de solo 3 factores a diferencia del instrumento original que mostraba 4 factores, además encontró una varianza explicada de 68,72% y obtuvo coeficientes de confiabilidad (α) donde obtuvo valores de ,94 para la dimensión 1, ,855 para la dimensión 2 y ,870 para la dimensión 3. La versión de los autores anteriormente mencionados fue la empleada para el presente estudio. Así también, en el Perú diferentes autores han usado dicha versión en poblaciones como lo son gestantes, por ejemplo, Alva (2016) en su estudio validó el instrumento mediante el juicio de 8 expertos así también aplicó la prueba de *Kuder Richardson* obteniendo resultados favorables.

Para la presente investigación, en la Tabla 4 se muestran los resultados del análisis de confiabilidad del cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (α) y el Omega de McDonald (ω). Los resultados indicaron que la escala general de apoyo social presentó una excelente consistencia interna, con $\alpha = ,954$ y $\omega = ,925$. En cuanto a las dimensiones específicas, el apoyo afectivo obtuvo $\alpha = ,947$ y $\omega = ,798$, evidenciando una alta fiabilidad, aunque con cierta variabilidad en la carga de los ítems. La dimensión de apoyo

instrumental mostró $\alpha = ,948$ y $\omega = ,832$, reflejando una muy buena consistencia interna. Finalmente, la dimensión de apoyo emocional/informacional presentó $\alpha = ,781$ y $\omega = ,866$.

Tabla 4

Análisis de confiabilidad del Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS)

Escalas	α	ω
Apoyo social	,954	,925
Dimensión 1: Apoyo afectivo	,947	,798
Dimensión 2: Apoyo instrumental	,948	,832
Dimensión 3: Apoyo emocional/informacional	,781	,866

Nota. α = alfa de cronbach; ω = Omega de McDonald

Para determinar la validez del instrumento se procedió con un análisis factorial, sin embargo, antes de proceder con dicho análisis se sometió al instrumento a índice de ajuste muestral *KMO* donde se encontró un valor ,914; con estos resultados se procedió a realizar el análisis factorial.

Se encontró la existencia de tres factores que alcanzaron una varianza explicada en conjunto un valor de 6,3% y las cargas factoriales de los ítems oscilaron entre ,563 y ,797. Esto reflejó que el instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas para el contexto del estudio (Ver Anexo H).

3.5.2. *Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)*

El Beck Depression Inventory-II (BDI-II), basado en el DSM-IV, creado en los Estados Unidos es un instrumento psicológico que consta de 21 ítems en una escala tipo Likert. Tanto la versión original del inventario propuesta por Beck como sus actualizaciones han sido ampliamente empleadas para identificar y medir la severidad de la depresión (Consejo general de psicólogos, 2014).

Originalmente el instrumento de Inventario de Depresión y Disfunción Conductual (BDI-I), basado en el DSM-V, se compone de cinco dimensiones: La primera dimensión, Afecto Depresivo, está conformada por 5 ítem, la segunda dimensión, Pensamientos

Disfuncionales, incluye 4 ítems, la tercera dimensión, Disfunción Interpersonal, está integrada por 5 ítems, la cuarta dimensión, Disfunción en Actividades Cotidianas, cuenta con 7 ítems y, finalmente, la quinta dimensión, Síntomas Somáticos, consta de 3 ítems.

Cada ítem en su versión original se evalúa en una escala tipo Likert que va de 0 a 3 o de 1 a 5, dependiendo de la versión, donde los puntajes más altos representan una mayor gravedad del síntoma o problema conductual.

La adaptación al contexto peruano en gestantes fue realizada por Lam et al. (2009) donde mediante un análisis factorial exploratorio arrojaron dos dimensiones que de forma conjunta explicaron el 49% de la varianza, así también, obtuvo un valor de alfa de ,683. También estudios más recientes como el de Chura y Pauro (2023) donde se conservaron las dos dimensiones para proceder con el análisis factorial el cual mostró buenos indicadores de ajuste, así también, los valores del alfa de cronbach para la escala general fue de ,923 y para la primera dimensión ,867 y la segunda ,855.

Para la presente investigación, en la Tabla 5 se muestran los resultados del análisis de confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck II mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (α) y el Omega de McDonald (ω). Los resultados mostraron que la escala general de depresión presentó un excelente coeficiente de confiabilidad, con $\alpha = ,934$ y $\omega = ,846$, lo que indica una muy buena consistencia interna del instrumento. En cuanto a las dimensiones, la dimensión Cognitivo-Afectiva obtuvo $\alpha = ,869$ y $\omega = ,828$, lo que sugiere una adecuada fiabilidad. Por otro lado, la dimensión Somático-Motivacional presentó $\alpha = ,912$ y $\omega = ,840$, lo que refleja una excelente consistencia interna.

Tabla 5*Análisis de confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck II*

Escalas	α	ω
Depresión	,934	,846
Dimensión 1:Cognitivo-Afectivo	,869	,828
Dimensión 2: Somático-Motivacional	,912	,840

Nota. α = alfa de cronbach; ω = Omega de McDonald

De la misma forma para la validez del instrumento se procedió con un análisis factorial, sin embargo, antes de proceder con dicho análisis se sometió al instrumento a índice de ajuste muestral *KMO* donde se encontró un valor ,950; con estos resultados se procedió a realizar el análisis factorial.

Se encontró la existencia de dos factores que alcanzaron una varianza explicada en conjunto un valor de 68% y las cargas factoriales de los ítems oscilaron entre ,449 y ,88, Esto reflejó que el instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas para el contexto del estudio (Ver Anexo I).

3.6. Procedimientos

Se envió inicialmente una solicitud virtual dirigida al director del consultorio *mujer en todas sus etapas*, donde se detallaron el propósito, tiempo de aplicación y condiciones de la investigación, con el objetivo de lograr la autorización para la ejecución del estudio. En dicha solicitud virtual también se anexaron los instrumentos digitados en un formulario de google (Ver anexo D) para la aprobación de estos. Posteriormente, el director envió con la firma y sello con una respuesta favorable para la aplicación del estudio.

La aplicación de los instrumentos se realizó de forma presencial, durante la recolección de datos, se leyeron a los participantes los objetivos de la investigación y se solicitó su consentimiento para ser parte de la misma. A aquellos que aceptaron, se les entregó la escala de compromiso y se les instruyó sobre cómo responderla. Al recibir las escalas, se verificó el

correcto llenado de las mismas; en caso contrario, se solicitó que completaran la información faltante. Los datos fueron codificados y digitados en una base de datos en Excel y en SPSS para el análisis estadístico correspondiente. Se analizaron los resultados y se redactó el informe final de la investigación.

3.7. Análisis de datos

Tras la aplicación de las encuestas, los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo en Excel, donde se estructuró y organizó la base de datos para su posterior análisis. Esta base de datos fue luego transferida al software estadístico SPSS versión 27, donde se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la información recopilada, garantizando la precisión y consistencia de los datos.

En el análisis descriptivo, se calcularon diversas medidas descriptivas como frecuencias y porcentajes de los niveles de las variables en general y cada una de sus dimensiones. En la tabla 6 se muestra el análisis de distribución de normalidad para saber la prueba estadística a aplicar en el análisis inferencial.

Tabla 6

Análisis exploratorio de los datos y ajuste de la distribución de los datos

VARIABLES Y DIMENSIONES	K-S	gl	Sig.
Apoyo social	,234	125	,000
<i>Apoyo afectivo</i>	,209	125	,000
<i>Apoyo instrumental</i>	,219	125	,000
<i>Apoyo emocional/informacional</i>	,201	125	,000
Depresión	,162	125	,000
<i>Cognitivo-Afectivo</i>	,183	125	,000
<i>Somático-Motivacional</i>	,172	125	,000

Nota. K-S=Kolmogorov-Smirnov; gl=Grados de libertad; Sig.=Significancia

Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, presentados en la Tabla 6, revelan que todas las variables y sus dimensiones analizadas muestran un valor de significancia (Sig.)

de ,000. Este valor indica que se puede rechazar la hipótesis nula de normalidad para cada una de las variables y sus dimensiones evaluadas, lo que evidencia que las distribuciones de los datos no se ajustan a una distribución normal. Por lo tanto, para establecer la relación entre las variables se aplicó la prueba no paramétrica correlación de Spearman.

3.8. Consideraciones Éticas

El presente estudio siguió ciertas consideraciones éticas para asegurar la integridad y la responsabilidad del trabajo de investigación. El primer criterio de ética que se tuvo fue garantizar la autonomía de los participantes y proteger sus derechos y dignidad; para esto se administró un consentimiento (ver anexo H) a todos los participantes del estudio. En este consentimiento informado se detallaron los propósitos del estudio, las limitaciones del mismo y la finalidad de los datos obtenidos, los cuales fueron utilizados únicamente con fines científicos. Además, se garantizó la confidencialidad de la información recopilada.

Otro criterio empleado fue el de mantener la integridad académica y científica evitando la apropiación indebida de ideas ajenas. Esto se apoyó en el hecho de que la propiedad intelectual de otros investigadores debía ser respetada. Para esto, se siguieron parámetros como las normas APA, en las cuales se detallan las formas correctas de citación y uso de referencias.

El tercer criterio empleado fue promover la veracidad y la fiabilidad de la investigación científica. En la presente investigación no se manipularon los datos encontrados ni se falsificaron datos.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivos

A continuación, se presenta el análisis descriptivo de las variables Apoyo social y Depresión con sus respectivas dimensiones. Estos datos fueron analizados con el fin de conocer las frecuencias y porcentajes de las variables y sus dimensiones además concede un análisis preliminar descriptivo antes de avanzar con el análisis inferencial.

En la Tabla 7 se presenta la distribución de los niveles de apoyo social percibido por las gestantes en la muestra analizada, desglosando las frecuencias (*Fr*), los porcentajes (%) de cada categoría, así como el porcentaje válido y acumulado. De un total de 125 gestantes, se observa que el 29% (36 gestantes) reportan un nivel de apoyo bajo. Este hallazgo sugiere que una proporción considerable de las gestantes puede estar experimentando una sensación limitada de respaldo social durante un momento crítico en sus vidas.

Por otro lado, el 64% (80 gestantes) califica su nivel de apoyo social como medio, indicando que, aunque cuentan con un soporte adecuado, no es suficiente para satisfacer completamente sus necesidades durante el embarazo. Solo un 7% (9 gestantes) señala tener un nivel de apoyo alto, lo que refleja que un número muy reducido de gestantes percibe que cuenta con un respaldo significativo en su entorno.

Tabla 7

Niveles del Apoyo social

	<i>Fr</i>	%	% válido	% acumulado
Bajo	36	29	29	29
Medio	80	64	64	93
Alto	9	7	7	100
Total	125	100	100	

Nota. *Fr*= Frecuencia, %= porcentaje

En la Tabla 8 se presenta la distribución de los niveles de apoyo afectivo percibido por las gestantes en la muestra analizada, desglosando las frecuencias (*Fr*), los porcentajes (%) de

cada categoría, así como el porcentaje válido y acumulado. De un total de 125 gestantes, se observa que el 25% (31 gestantes) reportan un nivel de apoyo afectivo bajo. Este dato sugiere que una parte significativa de las gestantes experimenta una percepción limitada de apoyo emocional durante su embarazo.

En contraste, solo un 19% (24 gestantes) califican su nivel de apoyo afectivo como medio, lo que indica que su experiencia de apoyo emocional es relativamente escasa en comparación con el total de la muestra. Sin embargo, es notable que la mayoría de las gestantes, 56% (70 gestantes), reportan un nivel de apoyo afectivo alto. Este hallazgo resalta que, a pesar de que algunas gestantes puedan sentirse desprovistas de apoyo emocional, una mayoría significativa percibe que cuenta con un respaldo afectivo considerable durante este periodo crucial.

Tabla 8

Niveles de la dimensión apoyo afectivo

	<i>Fr</i>	%	% válido	% acumulado
Bajo	31	25	25	25
Medio	24	19	19	44
Alto	70	56	56	100
Total	125	100	100	

Nota. Fr= Frecuencia, %= porcentaje

En la Tabla 9 se presenta la distribución de los niveles de apoyo instrumental percibido por las gestantes en la muestra analizada, desglosando las frecuencias (*Fr*), los porcentajes (%) de cada categoría, así como el porcentaje válido y acumulado. De un total de 125 gestantes, se observa que el 24% (30 gestantes) reportan un nivel de apoyo instrumental bajo. Este hallazgo indica que una proporción significativa de las gestantes puede sentir que carece del apoyo práctico y tangible necesario durante el embarazo.

En cuanto al nivel de apoyo instrumental medio, 25% (31 gestantes) de la muestra se sitúa en esta categoría, lo que sugiere que estas gestantes perciben un respaldo práctico

adecuado, aunque no suficiente para satisfacer plenamente sus necesidades. Por otro lado, una mayoría notable, 51% (64 gestantes), califica su nivel de apoyo instrumental alto, lo que indica que más de la mitad de las gestantes en la muestra se sienten apoyadas en términos de asistencia práctica, como ayuda con tareas diarias, transporte y cuidados.

Tabla 9

Niveles de la dimensión apoyo instrumental

	<i>Fr</i>	%	% válido	% acumulado
Bajo	30	24	24	24
Medio	31	25	25	49
Alto	64	51	51	100
Total	125	100	100	

Nota. Fr= Frecuencia, %= porcentaje

En la Tabla 10 se muestra la distribución de los niveles de apoyo emocional/informacional percibido por las gestantes en la muestra analizada, desglosando las frecuencias (*Fr*), los porcentajes (%) de cada categoría, así como el porcentaje válido y acumulado. De un total de 125 gestantes, se observa que el 24% (30 gestantes) reportan un nivel de apoyo emocional/informacional bajo. Este dato sugiere que una parte considerable de las gestantes puede experimentar una falta de respaldo emocional y de información relevante durante su embarazo.

En cuanto al nivel de apoyo emocional/informacional medio, 18% (22 gestantes) se sitúan en esta categoría, indicando que su percepción de apoyo emocional e informativo es relativamente limitada y podría no ser suficiente para abordar sus inquietudes y necesidades durante este periodo crucial. Sin embargo, un porcentaje significativo, 58% (73 gestantes), califica su nivel de apoyo emocional/informacional alto, lo que implica que una mayoría de las gestantes siente que cuenta con un respaldo emocional y una información adecuada que les ayuda a enfrentar los desafíos del embarazo.

Tabla 10*Niveles de la dimensión apoyo emocional/informacional*

	<i>Fr</i>	%	% válido	% acumulado
Bajo	30	24	24	24
Medio	22	18	18	42
Alto	73	58	58	100
Total	125	100	100	

Nota. Fr= Frecuencia, %= porcentaje

En la Tabla 11 se presenta la distribución de los niveles de depresión entre las gestantes en la muestra analizada, desglosando las frecuencias (*Fr*), los porcentajes (%) de cada categoría y el porcentaje acumulado. De un total de 125 gestantes, se observa que 14,4% (18 gestantes) no presenta síntomas de depresión, lo que indica que una pequeña parte de la muestra experimenta un bienestar emocional durante el embarazo.

Por otro lado, una proporción mayor, 62,4% (78 gestantes), reporta síntomas leves de depresión. Este hallazgo sugiere que más de la mitad de las gestantes pueden estar enfrentando algunos desafíos emocionales, aunque estos síntomas no sean graves. Además, 17,6% (22 gestantes) manifiestan síntomas moderados de depresión, lo que puede implicar un mayor nivel de malestar y la necesidad de atención y apoyo adicional. Por último, solo 5,6% (7 gestantes) reportan síntomas graves de depresión, indicando que, aunque la cantidad es pequeña, este grupo puede estar en una situación crítica que requiere intervención inmediata.

Tabla 11*Niveles de depresión*

	<i>Fr</i>	%	% válido	% acumulado
No tiene depresión	18	14,4	14,4	14,4
Síntomas leves	78	62,4	62,4	76,8
Síntomas moderados	22	17,6	17,6	94,4
Síntomas graves	7	5,6	5,6	10,0
Total	125	100	100	

Nota. Fr= Frecuencia, %= porcentaje

En la Tabla 12 se presenta la distribución de los niveles de la dimensión cognitivo-afectivo entre las gestantes en la muestra analizada, desglosando las frecuencias (*Fr*), los porcentajes (%) de cada categoría y el porcentaje acumulado. De un total de 125 gestantes, se observa que 11,2% (14 gestantes) no presenta síntomas de depresión, lo que indica que una pequeña porción de la muestra experimenta un bienestar cognitivo y afectivo adecuado durante el embarazo.

Sin embargo, una mayoría significativa, 64,0% (80 gestantes), reporta síntomas leves en esta dimensión, lo que sugiere que más de la mitad de las gestantes pueden estar lidiando con ciertos niveles de malestar emocional o cognitivo que, aunque no sean graves, podrían afectar su calidad de vida. Además, 11,2% (14 gestantes) manifiestan síntomas moderados, lo que indica que este grupo puede estar experimentando un malestar emocional más notable, el cual podría requerir atención y apoyo adicional. Finalmente, 13,6% (17 gestantes) reportan síntomas graves en la dimensión cognitivo-afectiva, lo que pone de manifiesto que una parte de la muestra se encuentra en una situación de riesgo que necesita intervención.

Tabla 12

Niveles de dimensión cognitivo-afectivo

	<i>Fr</i>	%	% válido	% acumulado
No tiene depresión	14	11,2	11,2	11,2
Síntomas leves	80	64,0	64,0	75,2
Síntomas moderados	14	11,2	11,2	86,4
Síntomas graves	17	13,6	13,6	100,0
Total	125	100	100	

Nota. Fr= Frecuencia, %= porcentaje

En la Tabla 13 se muestra la distribución de los niveles de la dimensión somático-motivacional entre las gestantes en la muestra analizada, desglosando las frecuencias (*Fr*), los porcentajes (%) de cada categoría y el porcentaje acumulado. De un total de 125 gestantes, se observa que 16,8% (21 gestantes) no presenta síntomas de depresión, lo que sugiere que una

parte de la muestra mantiene un bienestar somático y motivacional adecuado durante el embarazo.

Por otro lado, una proporción considerable, 48,0% (60 gestantes), reporta síntomas leves en esta dimensión, lo que indica que casi la mitad de las gestantes puede estar experimentando cierto grado de malestar físico o falta de motivación, aunque estos síntomas no sean graves. Además, 2,0% (25 gestantes) manifiestan síntomas moderados, lo que sugiere que este grupo puede enfrentar un malestar más notable, posiblemente afectando su calidad de vida y su capacidad para enfrentar las demandas del embarazo. Finalmente, 15,2% (19 gestantes) reportan síntomas graves en la dimensión somático-motivacional, lo que resalta que un número significativo de gestantes podría estar en una situación que requiere intervención y apoyo profesional.

Tabla 13

Niveles de dimensión somático-motivacional

	<i>Fr</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
No tiene depresión	21	16,8	16,8	16,8
Síntomas leves	60	48,0	48,0	64,8
Síntomas moderados	25	2,0	2,0	84,8
Síntomas graves	19	15,2	15,2	100,0
Total	125	100	100	

Nota. Fr= Frecuencia, %= porcentaje

4.2. Análisis inferencial

De acuerdo con el análisis de normalidad de los datos, se decidió proceder con el análisis de la relación entre las variables utilizando una prueba no paramétrica, específicamente la correlación de Spearman. A continuación, se presenta el análisis inferencial de la investigación.

En la tabla 14 se muestra el análisis de correlación entre la depresión y el apoyo social revela un coeficiente de correlación de $\rho = -,46$, Este valor indica una correlación negativa

moderada entre las dos variables, lo que hace indicar que a medida que aumenta el nivel de apoyo social percibido por las gestantes, disminuyen los síntomas de depresión. El valor de $p = ,000$ indica que esta correlación es estadísticamente significativa ($p < ,05$), por este motivo se rechaza la hipótesis nula.

Respecto al **tamaño del efecto**, representado por el $r^2 = ,211$, indica que aproximadamente el **21,1%** de la variabilidad en la depresión se puede explicar por la variabilidad en el apoyo social, siendo un tamaño del efecto mediano o moderado.

Tabla 14

Análisis de correlación entre la depresión y apoyo social

	Apoyo social		
	<i>rho</i>	<i>p</i>	r^2
Depresión	-,460	,000	,211

Nota. rho = Correlación de Spearman, p = significancia, r^2 = tamaño del efecto

En la tabla 15 se muestra que el análisis de correlación entre la depresión y el apoyo afectivo muestra un coeficiente de correlación de $rho = -,548$. Este resultado indica una correlación negativa fuerte entre las dos variables, sugiriendo que a medida que aumenta el nivel de apoyo afectivo percibido por las gestantes, los síntomas de depresión tienden a disminuir. Es decir, las gestantes que reciben un mayor respaldo emocional tienden a experimentar menos síntomas de depresión. El valor de $p = ,000$ indica que esta correlación es estadísticamente significativa ($p < ,05$), por este motivo se rechaza la hipótesis nula.

El tamaño del efecto de $r^2 = ,300$ se considera de **nivel moderado**. Según las convenciones de interpretación de tamaños de efecto, un r^2 de ,300 sugiere un tamaño de efecto moderado. En este caso, el 30% de la variabilidad en la depresión es explicada por el apoyo social, lo que indica una influencia significativa pero no total, dejando un 70% de la variabilidad influenciado por otros factores no incluidos en el análisis.

Tabla 15*Análisis de correlación entre la depresión y apoyo afectivo*

	Apoyo afectivo		
	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Depresión	-,548	,000	,300

Nota. *rho*= Correlación de Spearman, *p*= significancia, *r*²= tamaño del efecto

En la tabla 16 se muestra que el análisis de correlación entre la depresión y el apoyo instrumental revela un coeficiente de correlación de $rho = -,419$. Este valor indica una correlación negativa moderada entre las dos variables, lo que sugiere que a medida que aumenta el nivel de apoyo instrumental percibido por las gestantes, disminuyen los síntomas de depresión. En otras palabras, las gestantes que cuentan con un mayor apoyo práctico tienden a experimentar niveles más bajos de depresión. El valor de $p = ,000$ señala que esta correlación es estadísticamente significativa ($p < ,05$) por este motivo se rechaza la hipótesis nula.

El valor de $r^2 = ,175$ indica un tamaño del efecto **pequeño**. Este valor sugiere que solo el 17,5% de la variabilidad en la depresión puede ser explicada por el apoyo social, lo que indica que la relación entre ambas variables es moderada, pero no muy fuerte. El restante 82,5% de la variabilidad en la depresión está influenciado por otros factores no contemplados en este análisis, lo que refleja una relación relativamente débil entre las dos variables.

Tabla 16*Análisis de correlación entre la depresión y apoyo instrumental*

	Apoyo instrumental		
	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Depresión	-,419	,000	,175

Nota. *rho*= Correlación de Spearman, *p*= significancia, *r*²= tamaño del efecto

En la tabla 17 se muestra que el análisis de correlación entre la depresión y el apoyo emocional/informacional muestra un coeficiente de correlación de $rho = -,481$. Este resultado indica una correlación negativa moderada entre ambas variables, sugiriendo que a medida que

aumenta el nivel de apoyo emocional e informacional percibido por las gestantes, los síntomas de depresión tienden a disminuir. En otras palabras, aquellas gestantes que reciben un mayor respaldo emocional y acceso a información relevante son menos propensas a experimentar altos niveles de depresión. El valor de $p = ,000$ indica que esta correlación es estadísticamente significativa ($p < ,05$), por este motivo se rechaza la hipótesis nula.

Un $r^2 = ,231$ indica un tamaño del efecto **pequeño a moderado**. Este valor sugiere que aproximadamente el 23,1% de la variabilidad en la depresión puede ser explicada por el apoyo social, lo cual muestra una relación significativa, aunque no tan fuerte. El resto (76,9%) de la variabilidad está influenciado por otros factores que no están siendo medidos en este análisis. En términos prácticos, la relación entre el apoyo social y la depresión es moderada, pero no suficiente para predecir por completo la variabilidad de la depresión en los individuos estudiados.

Tabla 17

Análisis de correlación entre la depresión y apoyo emocional/informacional

	Apoyo emocional/informacional		
	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Depresión	-,481	,000	,231

Nota. *rho*= Correlación de Spearman, *p*= significancia, *r*²= tamaño del efecto

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio buscó determinar la relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024. Así también establecer la relación entre las dimensiones del apoyo social y la depresión conjuntamente con la descripción de los niveles de apoyo social y de depresión.

Se logró alcanzar el objetivo general al determinar que la relación entre el apoyo social y la depresión es de forma inversa y es significativamente estadística ($p < .005$). Esto da a conocer que mientras exista un mayor apoyo social, existirá un menor nivel de depresión en las gestantes. Estos resultados coinciden con los encontrados por Providence et al. (2022), en Ruanda, donde exploraron los síntomas depresivos prenatales y el apoyo social en mujeres asistentes a la atención prenatal y que el apoyo de amigos disminuye los síntomas de depresión, así como las mujeres que mostraron un buen apoyo tenían menos probabilidad de tener síntomas depresivos. También coincide con los resultados de Vélchez (2024) quien realizó un estudio en el Centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión ubicado en Lima, donde pudo determinar la relación entre el apoyo social y depresión en gestantes atendidas en dicho centro. Los resultados indicaron una asociación significativa entre el apoyo social recibido por parte de la familia y la pareja con la depresión en gestantes. En esta misma línea, Arrieta y Cuyate (2022) desarrollaron en Chiclayo una investigación en la cual lograron establecer la relación entre ansiedad estado-rasgo y depresión en mujeres sin apoyo familiar. Encontraron una relación significativa y positiva entre dichas variables. De la misma forma, Moreno (2020), en su estudio realizado en el distrito de Comas, determinó la relación existente entre la depresión y el apoyo social en mujeres gestantes. Los resultados mostraron una correlación negativa de grado moderado. Se concluyó que las variables se asociaron significativamente de forma negativa.

Estos hallazgos se relacionan con la teoría del soporte social, la cual sostiene que el apoyo actúa como un amortiguador emocional, proporcionando un entorno seguro que permite a las personas manejar mejor las tensiones y desafíos. En esta línea, Caplan, citado por Herrero (2014), sostiene que el apoyo social proporciona información, consuelo y una red de interacciones estables que ayuda a los individuos a desarrollar un sentido de pertenencia y seguridad. Para las gestantes, recibir respaldo de su entorno inmediato les permite aliviar tensiones y adaptarse emocionalmente a los cambios del embarazo, dado que el apoyo familiar y de pareja se asocia con la validación emocional y la disminución de incertidumbre, factores que disminuyen la susceptibilidad a la depresión. La relación entre el apoyo social y la salud mental se hace evidente en la medida en que una red sólida de respaldo disminuye los síntomas depresivos y ansiosos, ofreciendo una base de estabilidad emocional. Los hallazgos de este estudio también refuerzan el papel positivo del soporte social, ya que muestran cómo el bienestar mental de las gestantes puede mejorar al contar con una red de apoyo que atienda tanto sus necesidades emocionales como prácticas.

Como primer objetivo específico se tuvo identificar los niveles de apoyo social en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024. La mayor parte, siendo el 64% de las gestantes, muestran un nivel medio de apoyo social, seguido del 28,8% con un nivel bajo y finalmente el 7,2% de las gestantes muestran un nivel de apoyo social alto. Estos resultados son alentadores como los encontrados por Moreno (2020) quien, en estudio de 205 gestantes, la totalidad de ellas tenía un nivel medio y alto de apoyo social. Así también, como los de Vilchez (2024) quien encontró niveles altos de apoyo social de parte de familiares, amigos y pareja.

El segundo objetivo específico fue identificar los niveles de depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024. Los resultados mostraron que el 62,4% de las gestantes presentan síntomas leves de depresión, seguido por un 17,6%

con síntomas moderados. Además, el 14,4% de las gestantes no muestra signos de depresión, mientras que el 5,6% presenta síntomas graves.

Estos resultados descriptivos coinciden con el de Vélchez (2024) quien encontró que el 57% de las gestantes con depresión percibieron un bajo apoyo social por parte de su familia, mientras que el 60% de las gestantes sin depresión reportaron un alto apoyo social familiar. Respecto al apoyo de amigos, el 50% de las gestantes con depresión percibieron un apoyo bajo, y un 24% de las gestantes sin depresión también lo reportaron como bajo. En cuanto al apoyo de la pareja, el 50% de las gestantes con depresión percibieron un apoyo bajo, mientras que el 31% de las gestantes sin depresión percibieron un apoyo alto. Así también, Aguilar (2022) en Ecuador, encontró que el 65%.8 de quienes tenían apoyo emocional no presentaron síntomas somáticos y el 5,5% de quienes tuvieron apoyo instrumental no presentaron síntoma en el área de relaciones. Se concluyó que la percepción de no contar con apoyo social en la madre provoca sentimientos de rechazo que generan efectos como la depresión. Mientras que Monterrosa-Castro et al. (2022) en Colombia, reveló en su estudio con gestantes que el 18% mostró sentirse triste y deprimida en alguna etapa del embarazo, mientras que el 34% le fue difícil decidir tener iniciativa en sus actividades. Se concluyó que 3 de cada 10 pacientes tuvieron depresión, ansiedad o estrés.

Como tercer objetivo específico se buscó establecer la relación entre la dimensión apoyo afectivo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024. Se encontró una relación inversa y estadísticamente significativa ($p < .05$), es decir, que cuando hay mayor apoyo afectivo existe menor depresión en las gestantes. El apoyo afectivo se refiere a las expresiones de amor, valoración y aceptación que las gestantes reciben de su entorno cercano (Correa, 2021). Este tipo de apoyo es fundamental para el bienestar emocional, ya que proporciona una sensación de seguridad y pertenencia. Según Veramendi et al. (2023), el apoyo social percibido, que incluye el apoyo afectivo, es crucial

para prevenir problemas de salud mental como la depresión. Un entorno de apoyo afectivo puede ayudar a las gestantes a enfrentar el estrés y la ansiedad asociados al embarazo, lo que puede reducir la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos. Desde un enfoque teórico la teoría cognitiva de Beck es relevante para comprender cómo el entorno emocional y social influye en la interpretación de situaciones estresantes. En este contexto, el apoyo afectivo actúa como un factor protector que ayuda a las gestantes a manejar sus emociones y evitar el desarrollo de síntomas depresivos. Además, el modelo de Cobb (1976) subraya que las relaciones cercanas son esenciales para la integración social y la percepción de bienestar, lo que se alinea con los hallazgos de este estudio.

Como cuarto objetivo específico se buscó establecer la relación entre la dimensión apoyo instrumental y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024. Se encontró una relación inversa y estadísticamente significativa ($p < .05$), es decir, que cuando hay mayor apoyo instrumental existe menor depresión en las gestantes. Aguilar (2022) en Ecuador, también en sus resultados reportó que el 65%.8 de quienes tenían apoyo emocional no presentaron síntomas somáticos y el 5,5% de quienes tuvieron apoyo instrumental no presentaron síntoma en el área de relaciones interpersonales. El apoyo instrumental, definido por Arriagada (2012) y Fachado et al. (2013), se refiere a la ayuda concreta en tareas diarias, como el transporte, el cuidado del hogar o el acompañamiento en consultas médicas. Este tipo de apoyo es crucial para las gestantes, ya que no solo alivia la carga de responsabilidades diarias, sino que también contribuye a un bienestar emocional más positivo. La evidencia indica que el acceso a recursos tangibles puede aliviar el estrés y la carga emocional que enfrentan las gestantes. Cuando las mujeres reciben asistencia práctica, como ayuda en las tareas del hogar o en la organización de su día a día, experimentan una reducción de la ansiedad y el agotamiento, lo que puede resultar en una disminución de los síntomas

depresivos. Este hallazgo subraya la necesidad de promover el apoyo instrumental en el contexto del cuidado prenatal.

Como quinto objetivo específico se buscó establecer la relación entre la dimensión apoyo emocional/informativo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024. Se encontró una relación inversa y estadísticamente significativa ($p < .05$), es decir, que cuando hay mayor apoyo emocional/informativo existe menor depresión en las gestantes. El apoyo emocional/informativo incluye no solo el respaldo afectivo, sino también la provisión de información relevante que ayuda a las gestantes a enfrentar las complejidades y desafíos asociados al embarazo. Este tipo de apoyo se ha identificado como un factor protector contra la depresión. Correa (2021) destaca la importancia de brindar no solo afecto, sino también herramientas informativas que permitan a las mujeres gestionar de manera efectiva las situaciones difíciles que pueden surgir durante el embarazo. La literatura señala que el apoyo emocional, que se manifiesta a través de la comprensión, el aliento y la empatía, es esencial para que las gestantes se sientan valoradas y comprendidas (Jiménez-Hernández et al., 2023). Por otro lado, la información informativa puede abarcar desde consejos sobre salud prenatal hasta estrategias para manejar el estrés y la ansiedad, lo que puede empoderar a las mujeres en esta etapa (Fachado et al., 2013). Este acceso a información relevante ayuda a las gestantes a tomar decisiones informadas y a sentirse más en control de su salud y bienestar, reduciendo así la sensación de vulnerabilidad que puede contribuir a la depresión.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Existe relación negativa y significativa ($\rho=-,46$, $p\text{-valor}<,05$) entre el apoyo social y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco obstétrico de Lima Norte, es decir, cuando existe un mayor nivel de apoyo social existirán menores niveles de depresión.
- 6.2. Existe relación negativa y significativa ($\rho=-,548$, $p\text{-valor}<,05$) entre la dimensión apoyo afectivo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco obstétrico de Lima Norte, es decir, cuando existe un mayor nivel de apoyo afectivo existirán menores niveles de depresión.
- 6.3. Existe relación negativa y significativa ($\rho=-,419$, $p\text{-valor}<,05$) entre la dimensión apoyo instrumental y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco obstétrico de Lima Norte, es decir, cuando existe un mayor nivel de apoyo instrumental existirán menores niveles de depresión.
- 6.4. Existe relación negativa y significativa ($\rho=-,481$, $p\text{-valor}<,05$) entre la dimensión apoyo emocional/informacional y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco obstétrico de Lima Norte, es decir, cuando existe un mayor nivel de apoyo emocional/informacional existirán menores niveles de depresión.
- 6.5. La mayor parte, siendo el 64% de las gestantes, muestran un nivel medio de apoyo social, seguido del 28,8% con un nivel bajo y finalmente el 7,2% de las gestantes muestran un nivel de apoyo social alto.
- 6.6. El 62,4% de las gestantes muestra síntomas leves, seguido por un 17,6% con síntomas moderados. Por otro lado, el 14,4% no presenta depresión y, finalmente, el 5,6% muestra síntomas graves.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Crear un grupo de apoyo para gestantes dentro del consultorio, facilitado por un profesional de salud, donde puedan compartir experiencias y recibir acompañamiento emocional.
- 7.2. Organizar talleres dirigidos a parejas y familiares sobre cómo brindar apoyo afectivo a la gestante durante el embarazo, reforzando la comunicación y el vínculo emocional.
- 7.3. Implementar un programa de donaciones y préstamos de insumos esenciales (alimentos, ropa, transporte) para gestantes en situación de vulnerabilidad.
- 7.4. Ofrecer sesiones semanales de orientación en salud mental y bienestar emocional para gestantes dentro del consultorio gineco-obstétrico.
- 7.5. Identificar a las gestantes con bajo nivel de apoyo social mediante tamizajes en los controles prenatales y asignarles un seguimiento personalizado por parte de un profesional de salud.
- 7.6. Aplicar una prueba de detección de depresión en cada control prenatal y derivar a las gestantes con síntomas moderados o graves a atención psicológica especializada.

VIII. REFERENCIAS

- Aguilar, A. (2022). *La salud mental de la adolescente durante la maternidad* [Tesis de pregrado, Universidad Tecnológica de El Salvador]. Repositorio Institucional UTEC. <http://hdl.handle.net/11298/1251>
- Alva, A. (2016). *Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://hdl.handle.net/2.5.12672/4939>
- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPS*, 16(1), 233-245. https://www.researchgate.net/publication/319475557_Conceptualizacion_del_apoyo_social_y_las_redes_de_apoyo_social
- Arrieta, M. y Cuyate, D. (2022). *Ansiedad estado-rasgo y su relación la depresión en mujeres gestantes sin apoyo familiar en un centro de salud, Chiclayo, 2022* [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://hdl.handle.net/2.5.12802/9585>
- Arrogante, O. (2022). Técnicas de muestreo y cálculo del tamaño muestral: Cómo y cuántos participantes debo seleccionar para mi investigación. *Enfermería Clínica*, 33(1), 44-47. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.004>
- Bautista, A. y Peña, C. (2022). *Depresión en gestantes durante tiempos de COVID-19 en el Centro de Salud Jesús Poderoso de San Juan de Miraflores* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Institucional UAI. <https://hdl.handle.net/20.500.14441/1896>

- Beltrán, M., Freyre, M. y Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Benalcázar, K., Alvear, R. y Acosta, L. (2023). Frecuencia de la depresión y factores de riesgo en Embarazadas atendidas en Centros de Salud de Ibarra, 2021. *Revista La U Investiga*, 9(2), 19-32. <https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v9i2.638>
- Chávez, R. (2021). *Factores sociales en la depresión post parto en madres adolescentes: Hospital II E Simón Bolívar* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio Institucional UNC. <http://hdl.handle.net/2.5.14074/4304>
- Chua, D. y Pauro, J. (2023). *Adaptación del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II) en una muestra clínica del sur peruano* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional UPEU. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/2.5.12840/6940>
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*, 89(1), 61-68. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Correa, K. (2021). *Apoyo social y depresión en adolescentes embarazadas del centro de salud La Tulpuna, en la ciudad de Cajamarca* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio Institucional UPAU. <http://65.111.187.205/handle/UPAGU/1531?show=full>
- Cueva, T., Otoniel, J., Arias, J., Flores, F. y Balmaceda, C. (2023). *Métodos mixtos de investigación para principiantes* (1ª ed.). https://www.researchgate.net/publication/372564456_Metodos_mixtos_de_investigacion_para_principiantes
- Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva cognitivo-conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 3(1), 1-1.

<https://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Dávila, A. (2021). *Apoyo social percibido y depresión posparto en el Hospital Belén Trujillo - 2021* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/87597>

Dessotte, C., Silva, F., Furuya, R., Ciol, M., Hoffman, J. y Dantas, R. (2015). Síntomas depresivos somáticos y cognitivo-afectivos entre pacientes con enfermedad cardíaca: diferencias por sexo y edad. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 23(2), 208-215. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0287.2544>

Ferro, M., Musso, C., y Berón, S. (2023). Aspectos psicosociales significativos durante el embarazo en contexto de pandemia. *Contextos de Educación*, 35 (1). <https://doi.org/10.5281/zenodo.10091362>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *Cartilla sobre la salud mental en la gestación y el puerperio*. <https://www.unicef.org/ecuador/media/2546/file/Cartilla%202.pdf>

Giraldo, C. (21 de septiembre del 2023). *Cerca del 30% de gestantes presentan síntomas de depresión en Lima Norte, según estudio*. Programa de Socios En Salud. <https://www.infobae.com/peru/2023/09/22/cerca-del-30-de-gestantes-presentan-sintomas-de-depresion-en-lima-norte-segun-estudio/>

Haro, A., Chisag, E., Ruiz, J. y Caicedo, J. (2024). Tipos y clasificación de las investigaciones. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2), 956. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i2.1927>

Herrero, J. (2014). *Redes sociales y apoyo social*. Repositorio Institucional de la Universitat Oberta de Catalunya.

https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/78705/8/Psicolog%C3%ADa%20comunitaria%20y%20bienestar%20social_M%C3%B3dulo%207_Redetes%20sociales%20y%20apoyo%20social.pdf

Jiménez-Hernández, E., Mendoza-Chávez, Y., Moctezuma-Bautista, S., Velez-Díaz, G. y Cano-Estrada, A. (2023). Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico. *Gerokomos*, 4 (1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400005

Kerlinger, F. (2004). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. (1a ed.). McGraw Hill Interamericana. <https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>

Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Gil, E., Espinoza, E. y Córdova, G. (2009). Estudio de la validez interna y concurrente del inventario de depresión de Beck para atención primaria (BDI-PC) en población gestante de Lima Metropolitana, mayo–junio de 2008. *Revista Peruana de Epidemiología*, 13(2), 1-4. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v13_n2/pdf/a07v13n2.pdf

Legarra, L., Gómez-Gutiérrez, M., Valverde, N. y Mollejo, E. (2023). Salud mental en mujeres embarazadas y COVID-19: Un estudio comparativo. *Psykhé*, 33(1), 1-15. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.39387>

López, S. (2006). Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales. *Semergen*, 32 (2), 11-15. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908115>

- Lotero, H., Villa, I. y Torres, L. (2018). Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: Un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(2), 85-101. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>
- Medina, C., Quispe, Y., Linares, A. y Huaccho-Rojas, J. (2022). Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 15(4). <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa>
- Monterrosa-Castro, A., Rodelo-Correa, A., Monterrosa-Blanco, A. y Morales-Castellar, I. (2022). Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad y estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecol. Obstet. Mex.*, 90(2), 134-147. <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v90n2/0300-9041-gom-90-02-134.pdf>
- Moreno, L. (2020). *Depresión y apoyo social en gestantes de un centro materno infantil del distrito de comas* [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional UPN. <https://hdl.handle.net/11537/24031>
- Organización Panamericana de la Salud. (10 de octubre del 2022). *Salud mental*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Providence, M., Gishoma, D., Hynie, M. y Nyirazinyoye, L. (2022). Antenatal depressive symptoms in rwanda: rates, risk factors, and social support. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(193). [https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/1,1186/s12884-02204522-](https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/1,1186/s12884-02204522-4)

- Revilla, L., Luna, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
<https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>
- Salgado, R., Torres, M., Salazar, R., Bolívar, J., Quispe, Y. y Chilipio, M. (2023). Nivel de ansiedad según el trimestre del embarazo en un establecimiento de salud de atención primaria. *Ginecología y obstetricia de México*, 91(7).
<https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8163>
- Serdán, D., Vásquez, K. y Yupa, A. (2023). Cambios fisiológicos y anatómicos en el cuerpo de la mujer durante el embarazo. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 27(119).
<https://doi.org/10.47460/uct.v27i119.704>
- Thomas-Hilarión W., Fuentes-Vanegas L., Gallo-Barrera Y. y Ramos-De la Cruz, E. Apoyo social percibido por mujeres gestantes de Santa Marta, Colombia: un análisis comparativo. *Revista Cuidarte*, 13(3).
<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2448/2607>
- Uriarte, J. (2005). En la transición a la edad adulta: Los adultos emergentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 145-160.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832310013.pdf>
- Vásquez, C. (2023). *Apoyo social y estrés prenatal en gestantes del servicio de gineco-obstetricia de un hospital de Chota* [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://hdl.handle.net/2.5.12802/12350>
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

Veramendi-Villavicenci, N., Portocarrero-Merino E., Barrionuevo-Torres C., Suero-Rojas E., y Reynosa-Navarro, E. (2023). Competencias socioemocionales y apoyo social en universitarios peruanos: contexto educativo post-COVID-19. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 42 (1).
<https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/2801/1158>

Vergel, J. y Barrera, M. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista médica Risaralda*, 27(1).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0122-06672021000100085

Vílchez, W. (2024). *Apoyo social percibido y depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión, 2024* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM.
<https://hdl.handle.net/2.5.12672/22859>

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	MÉTODO
General	General	General	
¿Existe relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?	Existe una relación estadística significativa entre el apoyo social y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.	Determinar la relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.	
Específicos	Específicos	Específicos	
<p>¿Cuáles son los niveles de apoyo social en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?</p> <p>¿Existe relación entre la dimensión apoyo afectivo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?</p> <p>¿Existe relación entre la dimensión apoyo instrumental y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?</p> <p>¿Existe relación entre la dimensión apoyo emocional/informativo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?</p>	<p>H1: Existe relación estadística significativa entre el apoyo afectivo y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.</p> <p>H2: Existe relación estadística significativa entre el apoyo instrumental y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.</p> <p>H3: Existe relación estadística significativa entre el apoyo emocional/informativo y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.</p>	<p>Identificar los niveles de apoyo social en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.</p> <p>Identificar los niveles de depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.</p> <p>Establecer la relación entre la dimensión apoyo afectivo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.</p> <p>Establecer la relación entre la dimensión apoyo instrumental y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.</p> <p>Establecer la relación entre la dimensión apoyo emocional/informativo y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Diseño: No experimental Alcance: Correlacional</p>

gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024?		gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024.	
--	--	--	--

Anexo B: Cuestionar MOS de apoyo social percibido

**CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR LA
ADOLESCENTE EMBARAZADA**

A continuación, se presenta un listado de enunciados seguidas de posibles respuestas, marcar solo una alternativa:

N° Ítem	Descripción	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Tienes alguien en tu familia que te muestre amor y afecto.					
2	Cuentas con alguien en tu familia que te compre todos los alimentos que te recomendó el médico.					
3	Tienes cerca a alguien que te aconseja cuando se te presenta problemas.					
4	Tienes cerca a alguien con quien puedas pasar un buen rato.					
5	Tienes a alguien en la familia que te compre ropa adecuada para el embarazo.					
6	Cuentas con alguien en tu familia cuando necesitas hablar.					
7	Cuentas con alguien de tu familia que te abrace.					
8	Tienes cerca a alguien que te dé dinero para tus controles médicos.					
9	Cuentas con alguien que te informe y te ayude a entender dudas sobre su embarazo.					
10	Tienes a alguien a quien amar y hacerle sentir querido.					

11	Cuentas con alguien que te acompañe a tus controles prenatales.					
12	Cuentas con alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo y tus preocupaciones.					
13	Tienes a alguien en tu familia que respete tus decisiones.					
14	Cuentas con alguien que te prepare la comida si no puedes hacerlo.					
15	Tienes a alguien en tu familia que te informe sobre los riesgos en el embarazo.					
16	Tienes a alguien cerca que confíe en ti.					
17	Tienes a alguien que te acompañe cuando tengas que ir a la calle.					
18	Tienes a alguien en la familia que comprenda tus problemas.					

Anexo C: Inventario de depresión Beck-II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

7. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

8. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

9. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

1. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

11. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3.Me es difícil interesarme por algo.

12. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

13. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

14. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

15. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

16. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

17. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

2. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

3. No tengo apetito en absoluto.

18. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

19. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

Anexo D: Formulario Google del Instrumento de Recolección de datos

<https://forms.gle/Nms5ZPsj2VvcvrKH7>

APOYO SOCIAL Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN CONSULTORIO GINECO-OBSTÉTRICO DE LIMA NORTE, 2024

Reciban un cordial saludo. A través de la presente, queremos invitarles a participar en el estudio titulado "**Apoyo social y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024**". Esta investigación tiene como objetivo evaluar el impacto del apoyo social en el bienestar emocional de las gestantes, con el fin de generar conocimientos que contribuyan a mejorar la calidad de vida durante el embarazo.

Su participación es voluntaria y de gran importancia, ya que permitirá entender mejor las necesidades emocionales y sociales de las gestantes como ustedes. La información proporcionada será tratada con absoluta confidencialidad y solo será utilizada con fines académicos.

[Acceder a Google](#) para guardar el progreso. [Más información](#)

* Indica que la pregunta es obligatoria

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Andrés Alexander Calero Yupanqui. He sido informada de que el objetivo de este estudio es determinar la relación existente el Apoyo social y depresión en gestantes atendidas en un centro obstétrico de Lima norte, 2024. Me ha indicado también que tendré que responder dos encuestas, las que me tomarán llenar

Anexo E: Permisos del autor del Instrumento

PERMISO PARA EL USO DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS)



Recibidos



Calero Yupanqui Andres Alexander
para ebalon@semfyc.es, mí

1:09 (hace 7 minutos) ☆ 😊 ↶ ⋮

Reciba un cordial saludo. Soy Andrés Alexander Calero Yupanqui, identificado con DNI N° 7619447, bachiller en Psicología por la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV) de Perú. Me dirijo a usted con el debido respeto para solicitar su autorización para emplear el Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) que su grupo validó con el fin de aplicarlo en mi investigación titulado "**Apoyo social y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024**".

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su respuesta favorable.

[Mensaje recortado] [Ver todo el mensaje](#)

Anexo F: Solicitud y autorización para la aplicación del estudio

Lima, 07 de septiembre del 2024

Sr. Juan Jesus Marreros LLoclla

Director del Consultorio Gineco-Obstétrico "Mujer Segura en Cada Etapa"

Av. Carlos Izaguirre 1198 – Los Olivos

Presente.-

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente, me dirijo a usted con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo la investigación titulada "**Apoyo social y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024**", que forma parte de los requisitos para la obtención del título profesional de Licenciado en Psicología. Mi nombre es **Andrés Alexander Calero Yupanqui**, Bachiller en Psicología, con DNI **76194474**.

El objetivo de mi investigación es determinar la relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico. Para ello, aplicaré los instrumentos **Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS)** y el **Inventario de Depresión de Beck II**. La información recopilada será utilizada únicamente con fines académicos y se garantizará la confidencialidad y el anonimato de todos los participantes involucrados.

Quedo a su disposición para brindarle más información o resolver cualquier duda que pueda surgir respecto a la investigación, así como para coordinar las fechas y detalles necesarios para la realización del estudio.

Agradezco de antemano su atención y apoyo a esta solicitud, y espero contar con su autorización para llevar adelante esta investigación.

Atentamente,

Andrés Alexander Calero Yupanqui

Bachiller en Psicología

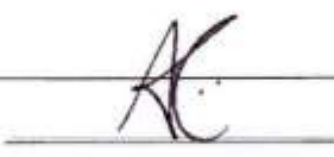
DNI: 76194474

Teléfono: 924509047

Correo electrónico: 2017037614@unfv.edu.pe



Dr. Juan Marreros LLoclla
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CMP. 5522 RNE. 33177



FIRMA

Anexo G: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Andrés Calero

Teléfono: 924509047

Correo electrónico: 2017037614@unfv.edu.pe

Título de la Investigación: Apoyo Social y la Depresión en Gestantes Atendidas en un Consultorio Gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024

Objetivo General: Determinar la relación entre el apoyo social y la depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte en el año 2024.

Descripción del Estudio

El propósito de esta investigación es comprender la relación entre el nivel de apoyo social que reciben las gestantes y la presencia de síntomas de depresión. Los resultados de este estudio pueden ayudar a mejorar la atención a mujeres embarazadas en este y otros consultorios.

Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención que recibe. Al participar, se le pedirá responder un cuestionario que puede requerir aproximadamente 15-20 minutos de su tiempo.

Confidencialidad

Toda la información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad y se utilizará únicamente con fines académicos. Los datos se presentarán de manera anónima en los informes finales.

Riesgos y Beneficios

No existen riesgos directos en participar en este estudio. Como beneficio, usted estará contribuyendo al conocimiento y mejora de los servicios de apoyo social para gestantes en el área de Lima Norte.

Contacto

Para cualquier duda o inquietud sobre el estudio, puede contactar al investigador Andrés Calero al teléfono 924509047 o al correo 2017037614@unfv.edu.pe.

Declaración de Consentimiento

Declaro haber leído y entendido la información proporcionada sobre la investigación y, tras reflexionarlo, acepto voluntariamente participar en el estudio.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

**Anexo H: Propiedades psicométricas del Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS)
de apoyo social**

Tabla 1

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de	%	Total	% de varianza	% acumulado
		varianza	acumulado			
1	8,379	46,549	46,549	8,379	46,549	46,549
2	1,396	7,756	54,304	1,396	7,756	54,304
3	1,085	6,030	6,334	1,085	6,030	63,34
4	,806	4,478	64,813			
5	,727	4,039	68,852			
6	,713	3,964	72,815			
7	,657	3,653	76,468			
8	,650	3,609	8,077			
9	,600	3,332	83,409			
10	,502	2,788	86,197			
11	,458	2,544	88,741			
12	,397	2,203	9,944			
13	,371	2,059	93,002			
14	,312	1,734	94,736			
15	,278	1,544	96,281			
16	,248	1,379	97,659			
17	,227	1,259	98,918			
18	,195	1,082	10,000			

Tabla 2*Cargas factoriales*

Reactivos	λ
I1	,587
I2	,699
I3	,563
I4	,606
I5	,695
I6	,782
I7	,695
I8	,622
I9	,776
I10	,646
I11	,735
I12	,797
I13	,639
I14	,717
I15	,777
I16	,658
I17	,646
I18	,689

Nota. λ = Carga factorial de cada ítem

Anexo I: Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Tabla 3

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción		
	Total	% de	%	Total	% de varianza	% acumulado
		varianza	acumulado			
1	12,524	62,620	62,620	12,524	62,620	62,620
2	1,166	5,829	68,449	1,166	5,829	68,449
3	,864	4,322	72,771			
4	,779	3,897	76,668			
5	,666	3,330	79,998			
6	,547	2,733	82,732			
7	,479	2,394	85,125			
8	,425	2,125	87,250			
9	,379	1,893	89,143			
10	,358	1,788	90,931			
11	,307	1,535	92,467			
12	,253	1,264	93,730			
13	,234	1,170	94,900			
14	,203	1,017	95,917			
15	,192	,961	96,877			
16	,166	,831	97,709			
17	,142	,708	98,416			
18	,128	,641	99,057			
19	,107	,536	99,594			
20	,081	,406	10,000			

Tabla 4*Cargas factoriales*

Reactivos	λ
I1	,611
I2	,449
I3	,818
I4	,855
I5	,806
I6	,855
I7	,880
I8	,854
I9	,836
I10	,818
I11	,846
I12	,844
I13	,847
I14	,871
I15	,756
I16	,804
I17	,866
I18	,877
I19	,816
I20	,648

Nota. λ = Carga factorial de cada ítem