

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN LA DEPRESIÓN DE
LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO - 2016.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

Presentado por La Bachiller:

Rhermit Roxana Becerra Pérez

Asesora:

Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA – PERU

2017

COPYRIGHT © 2016
Rhermit Roxana Becerra Pérez
Derechos Reservados

SE DEDICA A:

Dios por darme la vida, por su amor incondicional y su infinita misericordia.

Mis padres Segundo y Rosenda por su amor, cariño y abnegación.

Mis abuelitos, Manuel y Lucila por sus consejos y su inmenso cariño.

Mis hermanos Merly, Ida, Lucila, Luis y Milet por estar conmigo en cada momento y por compartir con ellos momentos muy hermosos.

Rhermit

SE AGRADECE A:

A Dios por haberme dado la vida y salud y por ayudarme a llegar hasta este momento.

Mi Alma Mater la Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme durante toda mi carrera profesional.

La plana docente de la Escuela Profesional de Obstetricia por sus enseñanzas, y por inculcarnos valores y experiencias que nos servirán para aplicarlos durante toda nuestra vida profesional

La Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga, por su apoyo y confianza, por el apoyo brindado para el desarrollo de la presente tesis.

Rhermit

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA:	ii
AGRADECIMIENTO:	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO:	iv
ÍNDICE DE TABLAS:	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1.1. Definición y delimitación del problema.....	3
1.2. Formulación del Problema	5
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la Investigación.....	5
CAPÍTULO II	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases Teóricas	9
2.2.1. Autoestima.....	9
2.2.1.2. Niveles de autoestima.....	10
2.2.1.3. Componentes de la autoestima.....	10
2.2.1.4. Importancia de una adecuada autoestima.....	11
2.2.1.5. Características de una persona con una adecuada autoestima	12
2.2.2. Depresión	13
2.2.2.2. Síntomas de la depresión.....	14
2.2.2.3. Aspectos Clínicos de la Depresión	14
2.2.3. Adolescencia	16
2.2.3.2. Clasificación de la adolescencia.....	17
2.2.3.3. Características propias de la adolescencia	18
2.2.4. Embarazo Adolescente	18
2.2.4.2. Tipos de depresión en el embarazo.....	19
2.2.4.2.7. Tipos de Familias de las adolescentes embarazadas	21
2.3. Hipótesis	21

2.4. Variables	21
2.5. Conceptualización y operacionalización de variables	22
CAPITULO III	23
3.1. Diseño y tipo de estudio	23
3.2. Área de estudio y población.....	23
3.3 Muestra y muestreo.....	23
3.4. Unidad de análisis	24
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	24
3.6. Criterios éticos	25
3.7. Procedimientos técnica y descripción del instrumento.....	25
3.8. Procedimiento análisis de datos	27
3.9 Control de calidad de datos	27
CAPITULO IV	28
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS 01	50
ANEXO: 02	52
ANEXO 03	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016	30
Tabla 02. Antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016	37
Tabla 03. Nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016	41
Tabla 04. Depresión de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016	43
Tabla 05. Depresión de las adolescentes embarazadas, según nivel de autoestima. Centro de Salud Magna Vallejo. 2016	44

RESUMEN

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública por la mayor incidencia de resultados desfavorables en la salud materna y perinatal; tanto en el plano biológico como en el psicológico, siendo importante abordar algunos aspectos como el nivel de autoestima y grado de depresión. El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre nivel de autoestima y grado de depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo. La investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, se realizó en una muestra de 63 adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo. Se utilizó como instrumento el cuestionario de recolección de datos generales y datos obstétricos, El test de autoestima de Rosenberg y escala de depresión de Zung, y se obtuvo como resultados que el 76,2% de las adolescentes embarazadas perteneció al grupo etáreo de 17-19 años (adolescencia tardía); el 31,7% refirió tener secundaria incompleta; el 61,9% manifestó ser conviviente; el 41,3% refirió ser ama de casa; el 40% fue procedente de zona urbana y el 79,4% profesó la religión católica; el 50,8% de ellas dijo pertenecer a una familia nuclear; el 85,7% fueron primigestas; el 85,7% fueron nulíparas y el 49,2% se encontró en el segundo trimestre de gestación; el 68,3% tuvo entre 0-3 controles prenatales. El 74,6% de adolescentes embarazadas tienen un nivel de autoestima media y el 20,6% tienen un nivel de autoestima baja; el 6,3% presentó una depresión leve; se determinó que no existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la depresión según lo determina el Chi cuadrado =4,555 y el coeficiente de correlación $p = 0,103$.

Palabras claves: adolescente embarazada, autoestima, depresión.

ABSTRACT

Adolescent pregnancy has become a public health problem because of the higher incidence of unfavorable outcomes in maternal and perinatal health; Both biologically and psychologically, being important to address some aspects such as the level of self-esteem and degree of depression. The objective of the present investigation was to determine the relationship between self-esteem in the degree of depression in pregnant adolescents attended at the Magna Vallejo Health Center. The research corresponds to a descriptive, correlational cross-sectional study, conducted in a sample of 63 pregnant adolescents, attended at the Magna Vallejo Health Center. The questionnaire for the collection of general data and obstetric data, the Rosenberg self-esteem test and the Zung depression scale was used as the instrument, and it was obtained that 76.2% of the pregnant adolescents belonged to the age group of 17 -19 years (late adolescence), 31.7% reported having incomplete secondary school; 61.9% stated that they were living together; 41.3% referred to being a housewife; 40% came from urban areas and 79.4% professed the Catholic religion; 50.8% said they belonged to a nuclear family; 85.7% were primigravidae; 85.7% were nulliparous and 49.2% were found in the second trimester of gestation; 68.3% had between 0-3 prenatal controls. 74.6% of pregnant adolescents have an average level of self-esteem and 20.6% have a low level of self-esteem; 6.3% had mild depression; It was determined that there is no significant relationship between the level of self-esteem and depression as determined by the Chi square = 4.555 and the correlation coefficient $p = 0.103$.

Keywords: pregnant teenager, self-esteem, depression.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo de desarrollo durante el cual el individuo hace la transición de la infancia a la etapa adulta, para muchos jóvenes, la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa donde la amistad es profunda, de aflojamiento de ligaduras de los padres, y de sueños acerca del futuro (1). Sin embargo, pueden ocurrir hechos inesperados que cambia el curso de sus vidas, como son los embarazos no planificados, afectando sus sueños y proyecto de vida.

El embarazo en la adolescencia genera cambios en quienes lo rodean; puede presentarse desde un drama familiar por la adaptación a la nueva situación, hasta la transformación en forma sustancial de todo el panorama. Esto, al igual que otras circunstancias lo pueden convertir en un hecho dinámico y muy complejo. No menos problemático es la actitud que adopta la adolescente embarazada frente a su embarazo (2). Debido a que este embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas; en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo, factores que pueden deteriorar su autoestima la misma que siendo elevada le sirve para afrontar su situación.

De otra parte, el embarazo conlleva a situaciones de depresión siendo el riesgo mayor cuando el embarazo es en la adolescencia; motivo por el cual se realizó el presente estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre nivel de autoestima y grado de depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo, llegando a determinar que no existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la depresión según lo determina el Chi cuadrado =4,555 y el coeficiente de correlación $p = 0,103$

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPITULO I, constituido por la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPITULO II, corresponde a este capítulo, los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

CAPITULO III, en este capítulo se presenta el diseño metodológico.

CAPITULO IV, corresponde a análisis y discusión de los resultados, las conclusiones, las sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad (3).

La adolescencia en sí es una etapa muy compleja de atravesar en el ser humano, ya que si bien ya se cuenta con elementos suficientes para conocer y entender como es el mundo que les rodea, su organismo atraviesa por muchos cambios tanto físico como mentales, los cuales en muchas de las ocasiones no comprenden al 100%; entre dichos cambios se encuentra el despertar y querer iniciar una vida sexual activa (4), pero en ciertas circunstancias con una consecuencia inesperada como es el embarazo precoz.

A nivel mundial, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año dan a luz 15 millones de adolescentes, entre los 15 y 19 años de edad, en todo el mundo. El 95% de éstos, ocurre en países en desarrollo (5).

En Nigeria, la incidencia es de 233 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes, cifra que lo posiciona a la cabeza, en todo el mundo, respecto a este problema; República Democrática del Congo, igual que Nigeria, encabeza la lista de las naciones con el mayor número de embarazos prematuros (6).

En América Latina y el Caribe, cada año, millones de adolescentes quedan embarazadas. Por lo general estos embarazos no son planificados, y tienen como consecuencia la interrupción de los procesos sociales de las adolescentes y, de forma más dramática, el aumento del riesgo de fallecer por complicaciones del embarazo. Aparte de las complicaciones biológicas que experimenta este grupo de gestantes también están las psicológicas, entre ellas la depresión, reportándose cifras del 29% de cuadros depresivos en las mujeres embarazadas (7) y es que para muchas mujeres

el embarazo puede ser una etapa muy positiva, mientras que para otras puede significar un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según Polaino-Lorente (1995), 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé (3).

Se conoce que la estructura psicológica de la adolescente aún está en formación. Aspecto como la personalidad y la autoestima se pueden reforzar positivamente o negativamente y verse afectados por acontecimientos difíciles de afrontar para ella, en este caso ese acontecimiento puede ser un temprano embarazo, que le exigirá nuevos afrontamientos y que si no son adecuadamente encausados pueden generar cuadros de depresión, afectándose ella y su proceso gestacional (8).

En una reciente revisión de Cochrane se halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre. Se ha estimado que el 5% de las mujeres embarazadas en Estados Unidos de América (EUA) sufre de depresión mayor. Otro estudio epidemiológico realizado en el mismo país encontró una prevalencia de 10% de depresión mayor en mujeres durante la gestación. En América Latina, las cifras reportadas son aún mayores; Lucia Ortega, en México, encontró que 21,7% de las mujeres embarazadas de la muestra, podrían estar experimentando “un probable episodio depresivo”. En el Perú, al estudiar la depresión en las embarazadas se encontró una prevalencia del 34,7% en el hospital Cayetano Heredia y del 40,1% en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) (9).

Se piensa que en la etiología de la depresión confluyen factores neurobiológicos y ambientales combinados con una predisposición genética, como la existencia de grandes cambios hormonales y factores ambientales, diversos estudios han encontrado elementos psicológicos asociados a la depresión, como antecedente de historia de depresión previa a la gestación, embarazo no deseado por la pareja, Porvenir de una familia en donde la calidad de relación es pobre incrementa el riesgo para la depresión, una relación problemática incrementa el riesgo de padecerla, pero no se ha determinado si el nivel de autoestima puede influir en la depresión de la gestante (9) .

Sin embargo, a menudo se encuentran adolescentes que manifiestan síntomas de depresión afectando considerablemente el curso de su embarazo, pues abandonan sus controles prenatales, no acuden tempranamente ante la presencia de signos y

síntomas de alarma del embarazo y comprometen seriamente su bienestar, así como el de su bebé.

Desde esta perspectiva es que se pretende realizar el presente estudio con el objetivo de determinar la relación entre la autoestima y el grado de depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo, 2016.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre la autoestima y el grado de depresión de la adolescente embarazada, atendida en el Centro de Salud Magna Vallejo en el año 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre nivel de autoestima y el grado de depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a las adolescentes embarazadas.
- Identificar algunos antecedentes obstétricos de la adolescente embarazada de la muestra.
- Identificar el nivel de autoestima de la adolescente embarazada.
- Determinar el grado de depresión de la adolescente embarazada.

1.4. Justificación de la Investigación

El embarazo a cualquier edad es un hecho biopsicosocial muy importante, pero aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo. La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ejemplo, en América Latina la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes (10).

En algunas ocasiones, las madres adolescentes son personas que al final se hacen cargo solas de los hijos porque la relación con el padre del niño no suele estar plenamente establecida ni es sólida como para sobrellevar una situación tan delicada e importante como la maternidad (11), en otras tienen que aceptar un matrimonio forzado con implicancias psicológicas; sea cual fuere el caso, las adolescentes por lo general también pueden ocurrir otras circunstancias o que las conduce en algunas ocasiones a estados de tristeza, o depresión.

La adolescente embarazada con un alto nivel de autoestima será capaz de superar los problemas sociales que puedan acarrear su embarazo sobre todo si no cuenta con el apoyo de su pareja o de sus familiares, podrá buscar soluciones a sus problemas económicos y llevar un embarazo saludable, de igual forma será capaz de asumir con responsabilidad el rol de ser madre acatando los consejos brindados por el profesional de salud en cuanto a su nutrición e higiene del embarazo, signos y síntomas de alarma, así mismo acudirá a sus atenciones prenatales pues será consiente que dependerá de estos prevenir complicaciones durante el embarazo parto y puerperio, pero lo más importante es que probablemente no presente episodios de tristeza o de depresión.

La depresión en las adolescentes embarazadas es más frecuente de lo que generalmente creemos, está relacionada a problemas familiares tales como separación de los padres, ser madres solteras, no desear el embarazo, falta de apoyo social y baja escolaridad esto lleva a que la gestante adolescente adopte conductas que pueden poner en peligro su salud y la del feto (12). Esta investigación ayudará a ver cuál es la influencia del nivel de autoestima con relación a la depresión de dichas gestantes, brindándole confianza y seguridad en ella misma, aspectos que influirán en su autoestima de manera positiva, y pueda ver el futuro de otra manera con una visión positiva y optimista, además la investigación aportará conocimientos sobre este tema que servirán como fuente de información para futuros estudios.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Ceballos, G. y cols. (Colombia, 2011) Formularon como objetivo determinar el nivel de autoestima y los factores sociodemográficos en adolescentes en estado de embarazo, con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años, pertenecientes a la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta. En su investigación encontraron que de las adolescentes embarazadas el 32% presentó un nivel de autoestima baja, no hubo diferencia entre el tipo de familia (50% es nuclear y el otro tanto extensa), el 77% efectuó estudios de secundaria, el 45% se encontraba soltera, el 55% convivía con sus padres, el 100% pertenecía a un estrato socioeconómico bajo, el 9% manifestó haber ingerido sustancias ilegales, el 45% de las adolescentes embarazadas manifestó haber sido objeto de maltrato, y el 14% haber sido objeto de violación sexual en su infancia (13).

Jiménez, L. y cols. (México, 2012) En su estudio plantearon como objetivo, conocer el nivel de autoestima y depresión que presentan las mujeres adolescentes durante el embarazo, determinando como resultados que, la edad media fue de 17 años, de acuerdo a datos obstétricos la media de inicio de vida sexual fue de 15,62 años; el 75,6% de las mujeres encuestadas fueron primigestas. El 86% de las adolescentes tenían autoestima baja, y el 40% de las adolescentes cursaban su embarazo con depresión leve. El 82,2% de las mujeres adolescentes no planeó su embarazo (14).

Ávila, A. (Ecuador, 2014) En su investigación encontró que el 28% de las adolescentes tenían 16 años, seguido por 15 y 17 años cada uno con 23%, las jóvenes de 18 años con 13%, un 7% correspondió a adolescentes de 13 años y por último un 1% las edades de 12 y 14 años de las cuales el 42% de adolescentes correspondió al tipo de familia Monoparental, el 32% perteneció a una familia nuclear y solo un 26% provinieron de madres solteras (15).

Refirió también que el 38,46% de las adolescentes presentaron un estado de ánimo ansioso leve, el 30,77% no presentó niveles de ansiedad, 32,69% presentó nivel de

tensión leve, un 23,8% estaban condicionadas a un nivel ausente o moderado , el 17,31% de las adolescentes estaban asociadas a un nivel grave y el 3,85% se encontraron relacionadas tanto a un nivel grave o incapacitante, el 30,77% se encontraron inmersas en un nivel de ánimo deprimido, un 25% se relacionó tanto en un nivel ausente o leve, de las cuales el 13,46% ya presentaron signos graves, el 5,77% correspondió a un nivel grave e Incapacitante (15).

Ulloque, L y cols. (Colombia, 2015), formuló como objetivo estimar la prevalencia de baja autoestima (BAE) y nivel de resiliencia bajo (NRB), en un grupo de gestantes adolescentes, determinando que la edad media fue de $16,5 \pm 1,5$, años, la gran mayoría abandonó la escuela al quedar embarazada. La puntuación media de autoestima fue de $27,8 \pm 3,9$. 76,8% tuvieron nivel normal de autoestima y el 23,2% bajo nivel de autoestima. La autoestima solo se correlacionó positiva y significativamente con la edad de la gestante. Las gestantes adolescentes que no se sentían felices o no tenían apoyo del compañero, tuvieron un significativo nivel de resiliencia bajo (16).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Salvatierra, A. (La libertad, 2009) en su estudio formuló como objetivo, conocer cuáles son los Niveles de Depresión que presentan las Mujeres Gestantes de 15 a 19 años y 20 a 39 años que acuden al área de Obstetricia del Hospital Leoncio Prado Red Sánchez Carrión y encontró que el 62,5% apreció un ligero trastorno emocional; mientras que el 4,5% de la población, presentó depresión Clínica Borderline, solamente 1 caso tuvo depresión moderada (17).

Cutipa, L. (Tacna, 2012) en su estudio realizado formuló como objetivo y encontró más de una décima parte de las adolescentes embarazadas pertenecía a una edad de 15 a 19 años (adolescentes propiamente dicho), observaron que del total de adolescentes embarazadas más de las tres cuartas partes eran solteras; 78,79% casadas o convivientes. En el grupo de las no embarazadas, el 100% eran solteras, las tres cuartas partes tenían un grado de instrucción de secundaria (60,61%), seguido de un 39,39 % que tenía un nivel educativo de primaria. Observó que más de las tres cuartas partes (54,55%) de adolescentes embarazadas tenía una familia funcional disfunción moderada en un 33,33%, también observó que del total de adolescentes embarazadas las tres cuartas partes presentó autoestima baja con un 48,48 % (18).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Autoestima

2.2.1.1. Definición

Es el sentimiento de afecto, que acompaña a la valoración global que hacemos de nosotros mismos. Pero esta evaluación intelectual y afectiva se basa en nuestra percepción, más o menos positiva o negativa, de las diversas partes de nuestra persona y de nuestra vida que seleccionamos porque las consideramos relevantes (19).

La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos. Se basa en el conocimiento, reconocimiento y aceptación de la propia realidad y es la valoración afectiva sus potencialidades y limitaciones con afán de superación y con constancia. Solo tras las experiencias de saberme amado podre yo llegar a aprender a amar a los demás. Las tres ideas básicas iniciales para abordar la cuestión de cómo educar la autoestima pasa por constatar: que se sienta queridos, que se conozcan como son en realidad, que tengan razón poderosa para querer mejorar (20).

La autoestima es estar dispuestos a ser conscientes de que somos capaces de ser competentes para enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida y de que somos merecedores de felicidad. Esto está compuesto por dos ideas básicas. a) Autoeficacia, es decir, confianza en nuestra capacidad de pensar, aprender, elegir y tomar decisiones adecuadas, y b) autorrespeto, es decir, confianza en nuestro derecho a ser felices. Confianza en que los logros, el éxito, la amistad, el respeto, el amor y la satisfacción personal son adecuados para nosotros (21).

La autoestima es la capacidad más valiosa que tenemos, que nos fortalece y nos da la capacidad de resolver cada día mejor los obstáculos que se nos presentan. No es algo que nos venga desde afuera, sino que la autoestima es un regalo que nos damos nosotros mismos. La autoestima se afianza día a día. no se trata de tener o no tener autoestima, sino de crecer cada día en el mundo interior para bendecir al otro como nos enseñó el Salvador del mundo como es Jesús (22).

Uno de los rasgos característicos del hombre es la posibilidad de ser consciente de sí mismo. A través de la adquisición de esta conciencia, las personas construyen su identidad personal y esta identidad les permite diferenciarse de los otros y les facilita las relaciones interpersonales (23).

Quandt y Selznick (1984) sostienen que el concepto de sí mismo se refiere a todas las percepciones que un individuo tiene de sí, especialmente en su propio valor y capacidad (23).

La autoestima es el conjunto de percepciones, sentimientos y pensamientos que tenemos de nosotros mismos (23).

Al respecto Franco Voli dice: “Es la apreciación de la propia valía e importancia y la toma de responsabilidades sobre sí mismo y sobre las relaciones consigo mismo y con los demás” (23).

Branden sostiene que la autoestima incluye dos aspectos básicos: el sentimiento de autoeficacia y el sentimiento de ser valioso. La autoestima es la convicción de que el individuo es competente y valioso para otros. La autovaloración involucra las emociones, afectos, valores y la conducta (23).

2.2.1.2. Niveles de autoestima

Nivel de autoestima baja

Nivel de autoestima Normal

Nivel de autoestima Alta (10).

2.2.1.3. Componentes de la autoestima.

La autoestima, se articula en base a tres componentes:

Componente cognitivo: Es el autoconcepto personal, la descripción que tiene cada uno de sí mismo en las diferentes dimensiones de su vida. Incluye la opinión que se tiene de la propia personalidad y conducta, así como las ideas, creencias, etc. sobre sí mismo (24).

Componente afectivo: Supone un juicio de valor sobre las cualidades personales, la respuesta afectiva ante la percepción de sí mismo (24).

Componente conductual: Es el proceso final de la valoración anterior, que se plasma en la decisión e intención de actuar (24).

El sentido de seguridad: Es básica para la autoestima, no existe acción o reacción de la persona que no sea de alguna forma el resultado de una suficiente seguridad tanto en la parte personal, como en la profesional, social (23).

El sentido de autoconcepto: se refiere a la forma cómo la persona se ve o percibe a sí misma como individuo y como persona. El autoconcepto se empieza a formar desde el nacimiento, desde las primeras experiencias y reacciones anímicas que ocurren sucesivamente durante la vida, en los diversos contextos y situaciones ya sea por las felicitaciones o por las sanciones que se reciban (23).

El sentido de pertenencia: se refiere a la capacidad de sentirse cómodo y a gusto con la gente, sentir que todos forman parte de un grupo familiar, de trabajo, de diversión, de estudios (23).

2.2.1.4. Importancia de una adecuada autoestima

Es importante, porque influye en todas las facetas de nuestra vida y es imprescindible, independientemente de la edad, sexo, condición, nivel cultural, profesión u objetivos que nos hayamos trazado para el futuro (23).

Aprecio auténtico de sí mismo, independientemente de lo que tiene, de tal forma que se considera con las mismas posibilidades de las personas que lo rodean (23).

Aceptación de sus debilidades, limitaciones, fracasos y errores. La persona que se acepta, es consciente de que es un ser humano que se equivoca, que no se avergüenza demasiado cuando falla y que reconoce los aspectos de su personalidad que debe mejorar (23).

Fundamenta la responsabilidad, la persona que tiene confianza en sí misma se compromete y realiza sus trabajos lo mejor posible (23).

Permite relaciones sociables saludables, abiertas y asertivas, ya que sabe que la percepción de sí mismo depende de uno, tomando los mensajes positivos negativos como apreciaciones realizadas por las personas de su entorno cuya valoración corre por cuenta propia (23).

Afecto hacia sí mismo, de tal forma que la persona se sienta tranquila con sus pensamientos, sentimientos, emociones, y con su cuerpo (23).

Determina la autonomía personal: lo ayuda a ser autosuficiente, seguro de sí mismo y a encontrar su propia identidad, elige las metas que quiere conseguir (23).

Atención a sus necesidades reales: físicas, síquicas, intelectuales y espirituales, pero no de las necesidades superfluas, creadas y sugeridas por una publicidad agresiva y engañosa (23).

2.2.1.5. Características de una persona con una adecuada autoestima

Tiene confianza en sí mismo.

Ser el tipo de persona que quiere ser.

Aceptar retos personales y profesionales.

Entender el fracaso como parte de su proceso de crecimiento.

Ser tolerante, en el buen sentido de la palabra.

Disfrutar más de los demás y de sí mismo.

Establecer relaciones familiares satisfactorias.

Ser asertivo en su comunicación y en su comportamiento.

Obtener adecuado rendimiento académico y laboral.

Tener metas claras y un plan de acción para lograrlas.

Asumir riesgos y disfrutarlos.

Obra con honradez.

Tiene deseos de superación.

Respetar la ley y las reglas.

Respetar los derechos de los demás.

Actúa con orden y limpieza.

Saber expresar de manera adecuada lo que piensa y cree y siente.

Eliminar oportunamente los sentimientos de culpa.

Alegrarse honestamente por los logros de las otras personas, sin sentir celos ni envidia.

Tener mayor capacidad para dar y recibir amor (25).

Aprecio: auténtico de sí mismo, independientemente de lo que tiene, de tal forma que se considera con las mismas posibilidades de las personas (23).

Aceptación: de sus debilidades, limitaciones, fracasos y errores. La persona que se acepta, es consciente de que es un ser humano que se equivoca, que no se avergüenza demasiado cuando falla y que reconoce los aspectos de su personalidad que debe mejorar. Se responsabiliza de sus acciones, por ejemplo, cuando se olvida de algo no se siente excesivamente culpable por el olvido. No le asustan los fracasos y prefiere triunfar, pero cuando fracasa reflexiona sobre lo ocurrido. que lo rodean (23).

Afecto: hacia sí mismo, de tal forma que la persona se sienta tranquila con sus pensamientos, sentimientos, emociones, y con su cuerpo. Disfruta de sus momentos de soledad, pero no rechaza la compañía. Se siente bien consigo misma (23).

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Definición

La depresión es una enfermedad caracterizada por tristeza patológica, reducción de la energía y disminución del nivel de actividad. La capacidad para disfrutar interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. Por tanto, la depresión es una enfermedad de base orgánica, que se diagnostica de forma científica (26).

Es un problema médico serio. Se asocia con un deterioro en los logros académicos y en el funcionamiento interpersonal, así como con un mayor riesgo de conductas suicidas y abuso de tóxicos (27).

Es un trastorno del humor, la depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas (28).

Variaciones momentáneas y ligeras del humor, se caracteriza por síntomas: afectivos (tristeza, irritabilidad), cognitivos (expectativas negativas, autocrítica), cambios fisiológicos (disminución del sueño, del apetito, del interés sexual), y cambios en el comportamiento (aislamiento social) (29).

- a) La depresión analítica, caracterizado por sentimiento de importancia, por un temor de ser abandonado y por el deseo desproporcionado de ser amado y protegido (29).
- b) La depresión introyectiva, se caracteriza por sentimientos de haber fracasado en la realización de los propios deseos y objetivos (29).

2.2.2.2. Síntomas de la depresión

Tristeza patológica.

Tendencia al llanto.

Medios injustificados.

Desesperación.

Sensación de inutilidad.

Sentimientos de culpabilidad.

Imposibilidad de sentir placer.

Ideas de muerte.

Disminución del deseo sexual.

Falta de memoria.

Ideas delirantes: de ruinas, hipocondriacas y de culpa.

Pensamiento enlentecido.

Disminución de los movimientos.

Insomnio y pesadillas (26).

2.2.2.3. Aspectos Clínicos de la Depresión

2.2.2.3.1. Cambios en el Estado de Ánimo: La afectividad seriamente perturbada en la Depresión origina síntomas diversos, siendo un síntoma característico de la depresión el estado de ánimo deprimido. Puede sentirse triste, inútil y sin esperanza y tener crisis de llanto. También es frecuente que su autoestima y su autoconfianza se desplomen durante los periodos de depresión. Mucha gente con depresión se siente culpable o despreciable (30).

2.2.2.3.2. Cambios Intelectuales: Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, sin embargo, en realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea, lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal. Presenta una disminución de la capacidad de la atención y concentración y esta se manifiesta por circunstancias

recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto. Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico tales como: me he vuelto muy malo, soy inútil para los demás (30).

2.2.2.3.3. Cambios en el Comportamiento: Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo. Los impulsos suicidas son los aspectos más delicados y peligroso que debe valorarse al inicio de un tratamiento (30).

2.2.2.3.4. Cambios Somáticos.

La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo. Los impulsos suicidas son los aspectos más delicados y peligroso que debe valorarse al inicio de un tratamiento (30).

Se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidos para moderar su angustia (30).

Sustancias psicoactivas, síndromes ansiosos, quejas somáticas (cefaleas, vértigo, trastornos digestivos, cardio - respiratorios) (30).

Uno de estos trastornos es el insomnio; la dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser su única pero angustiosa queja por muchos años. El insomnio puede presentarse al principio o al final del periodo de descanso, es decir, el enfermo tarda mucho en dormirse o se despierta por la madrugada sin poder conciliar nuevamente el sueño (30).

Otro trastorno importante es la anorexia, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos. Un deseo compulsivo de comer con el correspondiente incremento de peso. Trastornos en la sexualidad con debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Cefalea tensional, se localiza especialmente en la nuca y a veces en las regiones temporales (30).

2.2.2.3.5. Biología de la depresión.

Los trastornos depresivos interfieren significativamente en la Bioquímica del Cerebro identificando que las personas con depresión grave típicamente presentan

desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores; los patrones del sueño se encuentran alterados por la bioquímica del organismo ya que generalmente son diferentes en personas que presentan depresión. Algunas hormonas pueden alterar el estado de ánimo, estabilizándoles con ciertos medicamentos (30).

Hasta la actualidad no se conoce si el desequilibrio bioquímico de la depresión tiene un origen genético o es producido por estrés, por un trauma o por una enfermedad física u otro factor ambiental (30).

El cerebro es un órgano que posee una estructura extremadamente compleja es por ello que los investigadores no han establecido aún con certeza que es lo que se altera en el cerebro que es lo que causa la depresión. A continuación, se describen a los factores predisponentes para desencadenar depresión (30).

2.2.2.3.6. Factores genéticos.

En varias personas se ha observado que tienen vulnerabilidad para la depresión, como otras personas tienen vulnerabilidad para desarrollar enfermedades como la Diabetes, Hipertensión, entre otras. Por lo que se llega a la conclusión que si uno de los padres tiene o ha tenido depresión sus hijos están vulnerables a padecerlo; significando aquella explicación que el hijo ha heredado uno o más genes que aumentan el riesgo de desarrollar dicha patología (30).

2.2.3. Adolescencia

2.2.3.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio- económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años (31).

MINSA (2013) define a la adolescencia como una etapa de la vida en la que a partir de las experiencias en la infancia y el entorno social en que se desarrolla la adolescente, empieza el proceso de individualización y socialización, marcando por la transformación de sus cuerpos y la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva, durante la adolescencia se construye la identidad personal, a través de la búsqueda de figuras con las cuales identificarse, tanto en el entorno social en el marco del hogar y la referencias familiares. En esta etapa de la vida, las personas elaboran nuevas explicaciones que dan sentido a sus vidas. La salud integral de las

adolescentes implica los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano durante esta etapa (32).

2.2.3.2. Clasificación de la adolescencia

2.2.3.2.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años):

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (33).

2.2.3.2.2. Adolescencia intermedia (14 a 16 años):

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (33).

2.2.3.2.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (33).

2.2.3.3. Características propias de la adolescencia

2.2.3.3.1. Invencibilidad: el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo (30).

2.2.3.3.2. Egocentrismo: el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento (30).

2.2.3.3.3. Audiencia imaginaria: el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo (30).

2.2.3.3.4. Iniciación del pensamiento formal: durante esta época, el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones (30).

2.2.3.3.5. Ampliación del mundo: el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses (30).

2.2.3.3.6. Apoyo en el grupo: el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades (30).

2.2.3.3.7. Redefinición de la imagen corporal: relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto (30).

2.2.3.3.8. Culminación del proceso de separación / individualización y sustitución del vínculo: de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena (30).

2.2.4. Embarazo Adolescente

2.2.4.1 Definición

Un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica” (34).

Expertos en el tema los describen como fenómenos complejos y proponen nombrarlos como "Síndrome del Fracaso Social" y/o "Portada a la Pobreza", toda vez que ocurren mayoritariamente en contextos privados de recursos y oportunidades en donde la reproducción y la maternidad aparecen como la única estrategia de sobrevivencia (34).

Se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo. El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza (30).

2.2.4.2. Tipos de depresión en el embarazo

2.2.4.2.1. Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

Estado de ánimo depresivo- triste, disfórico, irritable en adolescentes, la mayor parte del día y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo. Disminución o pérdida de interés o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades la mayor parte del día casi todos los días. Disminución o aumento de peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días. insomnio o hipersomnia casi a diario (30).

2.2.4.2.2. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto

Depresión reactiva, la aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Se trata de situaciones en las que el sujeto experimenta un malestar mayor del esperable en respuesta de su actividad interpersonal, social o laboral (30).

2.2.4.2.3. Trastorno depresivo no especificado

Cortejo de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos. Algunas de estas condiciones se pueden ver en: Puede darse un solapamiento de

síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome Ansioso- depresivo) (30).

2.2.4.2.4 Características de la Depresión en el Embarazo

Los síntomas son principalmente: tristeza sin explicación, decaimiento, dificultad para dormir, falta de interés, sentimientos de culpabilidad, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, bajo apetito, cansancio o movimientos lentos, ideas o pensamientos suicidas. De cada 10 embarazadas, entre 1 y 2 tienen síntomas de depresión en el embarazo. Si la han sufrido en embarazos anteriores, corren un riesgo mayor de desarrollarla durante el nuevo embarazo. Esta patología es muy seria ya que puede poner en riesgo a la mujer y su hijo (30).

2.2.4.2.5. Depresión en el Embarazo

En el embarazo, se puede presentar por causa de diferentes factores: cambios hormonales, antecedentes personales o familiares de depresión, problemas de pareja, haber tenido una pérdida, presentar un embarazo de alto riesgo o al tener que enfrentar situaciones estresantes (30).

Cambios hormonales: Son propios de esta etapa y afectan directamente los neurotransmisores químicos del cerebro encargados de regular nuestro humor (30).

Antecedentes personales o familiares de depresión: Si ya has sufrido de depresión o hay registro en tu familia de padecer esta enfermedad, estás más propensa a que se presente durante el embarazo (30).

Problemas de pareja: Si no te estás llevando bien con tu pareja, te abandonó o llevas una relación conflictiva, es probable que puedas padecer una depresión. Es importante apoyarte en tu familia, amigos o buscar redes de apoyo (30).

Complicaciones en el embarazo: Los síntomas de pérdida, tener un embarazo múltiple y hacer reposo prolongado provocan mucho miedo y ansiedad, que pueden terminar desencadenando una depresión (30).

Situaciones estresantes: Problemas laborales, la pérdida de un ser querido y cualquier preocupación puede generar un cuadro de angustia y depresión (30).

2.2.4.2.6. Características y condiciones de las adolescentes menores de 15 años embarazadas: Físicas, Psicológicas y Sociales

El embarazo en adolescentes se relaciona con riesgo de parto pre-término, bajo peso al nacer casi al doble de la mujer adulta. Las jóvenes entre 15 y 19 años, tienen doble probabilidad de morir a causa del evento reproductivo que las mayores de 20 años y, en las menores de 15 años, este riesgo es 6 veces mayor. Las chicas suelen no asistir a control prenatal o lo hacen tardíamente debido al desconocimiento de los recursos disponibles, a la falta de aseguramiento en salud o al retardo en el diagnóstico del embarazo (34).

El embarazo y la maternidad interfieren con el desarrollo de habilidades como son la consolidación de la autonomía, la socialización y la capacidad de regulación afectiva. El embarazo en adolescentes eleva el riesgo de suicidio (13%), hay mayor incidencia de depresión y una percepción negativa de las redes de apoyo (34).

2.2.4.2.7. Tipos de Familias de las adolescentes embarazadas

Familia nuclear: está formada por los miembros de un único núcleo familiar, el grupo formado por los padres y sus hijos.

Familia monoparental: está compuesta por un solo progenitor (papá o mamá) y uno o varios hijos.

Familia extensa: está conformado por abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines (35).

2.3. Hipótesis

Existe relación entre la autoestima y el grado de depresión de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo, 2016.

2.4. Variables

2.4.1 variable dependiente

Depresión

2.4.2 variable independiente

Nivel de autoestima

2.5. Conceptualización y operacionalización de variables

Tipo de Variables	Indicadores	Ítems	Escala
<p>Variable dependiente Depresión. Es una enfermedad Caracterizada por tristeza patológica, Reducción de la energía y disminución del nivel de actividad (22).</p>	<p>Sin depresión</p> <p>Depresión leve</p> <p>Moderadamente deprimido</p> <p>Severamente deprimido</p>	<p>25 -49 puntos</p> <p>50 - 59 puntos</p> <p>60 - 69 puntos</p> <p>79 o más puntos</p>	<p>Intervalo</p>
<p>Variable Independiente Nivel de autoestima. Es el sentimiento de afecto, que acompaña a la valoración global que hacemos de nosotros mismos (13).</p>	<p>Autoestima Elevada</p> <p>Autoestima media</p> <p>Autoestima baja</p>	<p>30 - 40 puntos</p> <p>26 - 29 puntos</p> <p>< 25 puntos</p>	<p>Intervalo</p>

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal.

Descriptivo: Porque se encargó de describir el nivel de autoestima y la depresión de las adolescentes embarazadas.

Correlacional: Porque permitió conocer la relación que existe entre el nivel de autoestima y la depresión en la adolescente embarazada Centro de Salud Magna Vallejo.

De corte transversal: Porque el estudio se realizó en un sólo momento sin hacer cortes en el tiempo.

3.2. Área de estudio y población

El presente estudio se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca, que está ubicado en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 km de la capital del país, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m y cuenta con una T° media anual de 18,9 °C.

La población estuvo constituida teniendo en cuenta todas las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo que según el Sistema de Vigilancia de Gestantes y Puerperas (SIVIGYP), de enero a septiembre de 2016 fue de 96.

N = 96

3.3 Muestra y muestreo

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de gestantes adolescentes ($P = 0,5$) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculó teniendo en cuenta las siguiente formula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$

$$n \geq \frac{(96)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.06)^2(96) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 63$$

Dónde:

N = Tamaño de la población

n = Tamaño de la muestra

Z = (1.96) (Nivel de confianza)

P = (0.5) proporción de adolescentes embarazadas con autoestima alta

Q = (0.5) Proporción de adolescentes embarazadas con autoestima baja

d = (Margen de error permitido).

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada una de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Las gestantes adolescentes participantes del estudio debieron cumplir algunos criterios como:

Perteneciente a la jurisdicción del Centro de Salud Magna Vallejo.

Estar en pleno uso de sus facultades mentales.

Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

3.6. Criterios éticos

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación como los siguientes:

Autonomía. Las gestantes adolescentes entrevistadas estaban en la libertad de emitir sus respuestas, sin ser obligadas o influenciadas por parte de otras personas o de la investigadora.

No maleficencia. La información se obtuvo luego que la adolescente embarazada brinde el consentimiento para ser entrevistada.

Consentimiento informado. Luego que la gestante adolescente recibió la información en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la información, un consentimiento informado sobre su libre participación en el estudio.

Privacidad. Se respetó en todo momento el anonimato de las gestantes adolescentes entrevistadas, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad. La información referida de la gestante adolescente fue utilizada solo para fines de investigación.

3.7. Procedimientos técnica y descripción del instrumento

Para la realización del presente estudio de investigación, en primera instancia se solicitó permiso al director del Centro de Salud Magna Vallejo para proceder a realizar la encuesta y así recolectar la información necesaria.

En segunda fase se solicitó el apoyo del servicio de obstetricia para que nos permitan acceder al Sistema de Vigilancia de Gestantes y Puérperas (SIVIGYP) para obtener información del número de gestantes adolescentes atendidas en dicha institución.

En tercera fase se solicitó el consentimiento y apoyo de las gestantes adolescentes a quienes se les aplica el instrumento correspondiente.

Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumentos:

- 1) **Un cuestionario de recolección de datos**, en donde se consignaron los datos personales y generales de la adolescente embarazada como su edad, estado civil, procedencia, ocupación, grado de instrucción (Anexo 1).
- 2) **Un cuestionario de recolección de antecedentes obstétricos**, en donde se consideró, la gestación, la paridad, etapa del embarazo, el N° de controles prenatales.

3) El test de autoestima de Rosemberg

Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y del respeto a sí mismo.

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

La escala de autoestima de Rosemberg consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 26 puntos y máxima de 40 puntos, en caso de que una pregunta no haya sido respondida o sea inválida en casos de múltiples respuestas la puntuación será 0 (Anexo 02).

Interpretación:

30 - 40 puntos: autoestima elevada

26 – 29 puntos: autoestima media

Menos de 25 puntos: autoestima baja

4) La escala de depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W. Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 ítems en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Consiste de diez preguntas elaboradas de forma positiva, y diez ítems, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo) (Anexo 03).

Interpretación:

El rango de calificación es de 20-80

- 1.1 • 25-49 rango normal
- 2.1 • 50-59 deprimido leve
- 3.1 • 60-69 Moderadamente deprimido
- 4.1 • 70 o más, Severamente deprimido

3.8. Procedimiento análisis de datos

El procedimiento electrónico de la información se realizó a través del programa IBM SPSS versión 21 y Microsoft Excel para Windows, a fin de generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos como el chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson (p) el mismo que estableció la significancia estadística entre variables considerando para ello cuando exista $p < 0,005$.

3.9 Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad de los instrumentos y se considerara confiable debido a que los datos recolectados fueron recolectados por parte de la investigadora.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 01. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016.

Edad	n°	%
14-16 años	15	23,8
17-19 años	48	76,2
Grado de instrucción	n°	%
Sin instrucción	1	1,6
Primaria incompleta	1	1,6
Primaria completa	5	7,9
Secundaria incompleta	20	31,7
Secundaria completa	10	15,9
Superior técnica	15	23,8
Superior universitaria	11	17,5
Estado civil	n°	%
Soltera	17	27
Casada	7	11,1
Conviviente	39	61,9
Ocupación	n°	%
Estudiante	25	39,7
Ama de casa	26	41,3
Empleada del hogar	5	7,9
Desempleada	6	9,5
Trabajadora de empresa privada	1	1,6
Procedencia	n°	%
Urbana	40	63,5
Rural	23	36,5
Religión	n°	%
Católica	50	79,4
No católica	13	20,6
Tipo de familia	n°	%
Nuclear	32	50,8
Extensa	14	22,2
Monoparental	17	27
Total	63	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Se puede observar en la presente tabla que el 76,2% de adolescentes embarazadas pertenecen al grupo de 17-19 años de edad, correspondiente a la adolescencia tardía, mientras que solamente el 23,8% pertenece al grupo etáreo de 14-16 años, perteneciente a la adolescencia media.

En la adolescencia, la determinación de cada una de las etapas que la conforman cobra importancia desde el punto de vista psicológico, pues cada una de ellas es vital en la vida de la mujer, según las perspectivas que tenga para afrontar una nueva experiencia como es el embarazo y con este los cambios en su vida personal, académica, social y familiar. Si bien es cierto las jóvenes madres están llenas de vitalidad físicamente, psicológicamente, aun no alcanzan la madurez para afrontar esta realidad, de igual forma carecen en la mayoría de las veces de los recursos económicos necesarios para llevar con éxito este proceso, por lo general dependen de sus padres y lo seguirán haciendo o en última instancia de los familiares políticos con las consecuentes repercusiones que pueden conllevar a un deterioro de su autoestima y conducirlos a estados depresivos en distintos niveles.

Sin embargo, la antropóloga Margaret Mead, referida por Adrián (2012) señala que los procesos de cambio y construcción adolescente están sujetos a la variabilidad de un amplio abanico de factores económicos, sociales e individuales y probablemente también influirán en el afrontamiento del embarazo (36).

Los presentes datos coinciden con los de Jiménez quien encontró que la edad media de sus adolescentes embarazadas estaban en la edad de 17 años de acuerdo a datos obstétricos (37), pero son disímiles a los encontrados por Ávila quien encontró que el 28% de adolescentes tenían 16 años, seguidas por 15 Y 17 años con un 23% (38) , también Ulluque encontró que la edad media fue de $16,5 \pm 1,5$ años (39).

En cuanto al grado de instrucción, el 31,7% solamente tiene secundaria incompleta; seguida del 23,8% que tiene superior técnica.

Teniendo en cuenta que la mayoría de adolescentes tienen de 17-19 años, sería de suponer que todas debieron de haber culminado el nivel secundario; sin embargo estos datos revelan que efectivamente no es así, y es que el nivel educativo también está relacionado con el embarazo adolescente.

UNICEF indica que entre el 20 y el 46% de las mujeres, generalmente de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad (40).

Villalobos y cols. (2015) afirman que la maternidad temprana ocurre con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos y existe cada vez mayor evidencia de

que no es únicamente el embarazo temprano el que limita las posibilidades de estas adolescentes, sino las restricciones preexistentes en sus vidas. La construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos y las pocas oportunidades económicas contribuyen a la explicación de este fenómeno (41).

De otra parte encontrar datos de adolescentes en niveles superiores ya sea técnicos o universitarios (41,3%) es significativo porque es más probable que ellas puedan llevar con éxito su maternidad y la crianza del futuro bebé, quien por su parte también tendrá mayores oportunidades de tener un crecimiento y desarrollo exitosos.

Lo preocupante es que, a pesar de la época en la que se vive, un mundo globalizado y moderno, el 1,6% de las gestantes adolescentes no tengan ningún nivel educativo, lo que constituye una clara evidencia de la vulnerabilidad de sus derechos como ser humano; probablemente se trate de gestantes de la zona rural con patrones culturales arraigados que impiden que la mujer estudie, como también es probable que estas adolescentes se encuentren viviendo con sus suegros y realizando funciones de ama de casa o como empleada del hogar; en situación de pobreza, la misma que repercutirá en su salud y en la salud de su bebé cuando nazca.

Los presentes datos coinciden con los de Ceballos quien encontró que el 77% de las adolescentes embarazadas efectuó estudios de secundaria (42), pero difieren con los resultados encontrados por Ulluque. (2016), quien encontró en su investigación que la gran mayoría de las adolescentes embarazadas abandonaron sus estudios primarios por quedar embarazadas (39), así mismo; difieren de la misma manera con Cutipa quien encontró que el 60,61% tenían un grado de instrucción de secundaria y seguido de un 39,9 % con un nivel educativo de nivel primaria (43).

Respecto al estado civil, el 61,9% de las adolescentes embarazadas manifestó ser conviviente; solamente el 11,1% manifestó ser casada y un importante 27% señaló que era soltera.

Si bien es cierto la convivencia le brinda a la mujer una situación de legalidad, sin embargo, en la actualidad es bastante frecuente la separación de parejas jóvenes, y con mayor facilidad cuando hay situaciones de unión de hecho; siendo, la mujer, quien tiene que afrontar la crisis de la ruptura; con todas las consecuencias implícitas que trae consigo una separación, como el abandono no solo físico sino económico.

En cualquier caso, la separación de una pareja constituye una crisis de transición cuyo resultado suele definir una realidad familiar probablemente más compleja, aunque no por ello necesariamente más perjudicial.

Las adolescentes embarazadas solteras van a depender fundamentalmente de la aceptación de los padres; en ellos está muchas veces su destino y el destino de su bebé; si los padres apoyan a sus hijas adolescentes, ellas podrán seguir estudiando y probablemente es así pues, se ha encontrado un alto porcentaje de estudiantes.

En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura en la que sus amigos, los medios de comunicación masivos transmiten mensajes sutiles o directos de que las relaciones sin un matrimonio de por medio (específicamente las que comprometen a los adolescentes) son comunes, aceptadas.

Cárdenas (2016) encontró en su investigación que del total de adolescentes embarazadas el 70,6% eran convivientes, así mismo; seguido con un 13,2% fueron solteras (44).

Estos datos coinciden con los encontrados por Ceballos quien encontró en su estudio que el 45% se encontraba soltera, el 55% convivía con sus padres (42), así mismo, Ávila encontró que solo un 26% provinieron de madres solteras (38), de esta manera también Cutipa encontró que el 78,79% eran convivientes y las tres cuarta parte fueron solteras (43).

En cuanto a la ocupación se encuentra que la mayoría de adolescentes embarazadas son amas de casa en 41,3%, seguido de 39,7% que son estudiantes; estos datos reflejan la realidad de la mayoría de adolescentes que se embarazan y que tienen que abandonar sus estudios en la mayoría de los casos para dedicarse a las tareas del hogar, ya sea porque han perdido el apoyo de sus padres o han contraído nupcias. Quienes se encuentran estudiando, de hecho es, porque han tenido el apoyo de sus padres, pareja u otro familiar, sea quien fuere el que brinda el apoyo le está proporcionando a la adolescente la oportunidad de mejorar su calidad de vida en el futuro así como la de su bebé.

Es importante señalar que independientemente de la ocupación a la que se dediquen las adolescentes, todas han aceptado su embarazo y se encuentran asumiendo su responsabilidad, a pesar de los problemas sociales o familiares que puedan tener.

Armendáriz y Cols. (2010) mencionó que en muchos países en vías de desarrollo, generalmente, a las adolescentes embarazadas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo (45).

Blázquez y cols. (2012) Sostienen que las adolescentes que dijeron ser “amas de casa”, pudo deberse a que la joven seguía viviendo con sus padres o, con los suegros, donde generalmente es obligada a desempeñar el rol de ama de casa con la finalidad de seguir siendo apoyada económicamente (2).

Los presentes datos coinciden con los de Valera (2016) quien encontró en su investigación en adolescentes embarazadas que el 43,6% son amas de casa y el 51,3% son estudiantes con una diferencia porcentual de 2.3 puntos, 11.6 puntos (46).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014) encontró que el 46,2% de las mujeres de 15 a 19 años de edad participaron en la producción de bienes y servicios del país, dato que difiere con el encontrado en el presente estudio (47).

La Organización Panamericana de la Salud (2014) mencionaba que el embarazo en la adolescencia puede tener efectos a largo plazo; muchas veces las jóvenes se ven obligadas a interrumpir sus estudios, limitando de esta manera su desarrollo personal y social y, en el futuro, su progreso económico. También pueden llegar a perder su autonomía, al tener que buscar ayuda de los padres o de otras personas, situación que aún no ha cambiado significativamente (48).

En cuanto a la procedencia 40 gestantes (63,5%) fueron procedentes de la zona urbana, mientras que el 36,55% fueron de la zona rural.

La procedencia cobra importancia pues, el embarazo en las adolescentes tienen una perspectiva diferente dependiendo de la zona donde procedan, sabemos que el embarazo en la zona rural es uno de sus proyectos o su anhelo y de esta manera ante su cultura es visto como normal.

En la zona urbana, en cambio el embarazo adolescente se presenta por el inicio temprano de relaciones sexuales motivados por los medios de comunicación que por lo general ofrecen mucho mensaje sexual, asociado a la falta métodos anticonceptivos porque les da vergüenza o temor acudir a los servicios de planificación familiar.

Valera (2016) encontró que el 92,3% procedente de la zona urbana, mientras que solamente el 7,7% fueron procedentes de zona rural, datos disímiles a los del presente estudio (46); de igual forma difieren con los de Cárdenas (2016) él encontró en su investigación en adolescentes embarazadas que el 83,8% fueron procedentes de zona urbana y el 16,2% mencionaron ser de zona rural (44); por su parte Angulo (2015) también encontró que las adolescentes embarazadas con mayor riesgo a quedar embarazadas son de zona rural con un 82.2% y mostró un riesgo de 9.25 veces más de padecer embarazo adolescente recurrente (40).

Acosta y cols. (2016) mencionan que el embarazo en adolescentes está fuertemente asociada con la residencia rural, donde los niveles más elevados de fecundidad temprana se encuentran en el área de los departamentos y regiones de la Selva y Sierra Sur del país y que estos niveles prácticamente se han mantenido en los últimos años (49).

Con respecto a la variable religión se puede observar que el 79,4% de las adolescentes embarazadas profesan la religión católica y el 20,6% la no católica.

En la adolescencia la religión es una oportunidad para los jóvenes de formar nuevos grupos de pares con los cuales compartir experiencias, problemas, y en parte para buscar soluciones fuera de la familia; la experiencia que los jóvenes tengan en un grupo o secta religiosa ya sea católica o no católica influirá mucho en su forma de ser y actuar, probablemente la religión que elija en esta etapa es la que practicará en la edad adulta o en otros casos negará la existencia de una deidad; sin embargo, independientemente de la religión que profesen las adolescentes, existe vulnerabilidad en ellas, sobre todo si tienen una baja autoestima, pudiendo ser presionadas por la pareja o los/as amigos/as para iniciarse en la vida sexual activa siendo proclives a un embarazo.

Castellón (2014) encontró en su estudio que la religión de las adolescentes embarazadas es católica correspondiente a un 65%, seguido por otros grupos de religión con un porcentaje de 22,5%, datos menores a los encontrados en el presente estudio (50).

Los datos encontrados coinciden con los de Caro (2015), quien encontró que el 73,1% de adolescentes embarazadas profesaron la religión católica, mientras que el 26,9% dijo profesar otras religiones (51).

Correspondiente al tipo de familia el 50,8% de adolescentes embarazadas pertenece a una familia nuclear; mientras que 27% pertenecen a una familia monoparental, es

decir que viven solamente con su madre o padre, y 22,2 % pertenecen a una familia extensa.

Conocer el tipo de familia es importante, aunque lo es más, determinar la funcionalidad familiar para prever la aceptación del embarazo y sobre todo el apoyo que recibirá la gestante en un momento trascendental de su vida; es la familia quien determinará el futuro de la joven madre y de su futuro bebé.

Veloza (2012) señala que, conocer la tipología familiar facilita el establecimiento de las condiciones del contexto económico y cultural que determinan tanto los significados como la aceptación por parte de la familia del embarazo de las adolescentes y el enfrentamiento a la gestación y sus consecuencias (52).

Valera (2016) por su parte menciona que, el embarazo en adolescentes, indistintamente cual sea el tipo de familia, influye en la estructura de la familia, dando origen a cambios en la composición, tipología y funcionalidad. En este sentido, la familia con adolescente embarazada vive un proceso que produce una serie de sentimientos y transformaciones en su dinámica, generando una problemática familiar que muchas veces repercute en las relaciones familiares que pueden comprometer la salud del adolescente, el recién nacido y la familia. La llegada de los hijos influye en la transformación de la estructura familiar (tipología y roles familiares) y en el funcionamiento familiar (46).

Los resultados del presente estudio guardan similitud con los encontrados por Ceballos y cols. (2011), quien encontró que el 50% de las gestantes pertenecían a familias nucleares y 50% a familias extensas (42); así mismo, los resultados difieren con los de Ávila (2014) quien determinó que, el 42% de adolescentes perteneció a una familia Monoparental mientras que el 32% perteneció a una familia nuclear (38).

Tabla 02. Antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016.

Gestación	n°	%
Primigesta	52	82,5
Segundigesta	11	17,5
Total	63	100,0
Paridad	n°	%
Nulípara	54	85,7
Primípara	9	14,3
Total	63	100,0
Etapas del embarazo	n°	%
Primer trimestre	10	15,9
Segundo trimestre	31	49,2
Tercer trimestre	22	34,9
Total	63	100,0
Número de controles prenatales	n°	%
0-3	43	68,3
3-4	18	28,6
>6	2	3,2
Total	63	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Se evidencia en los datos que anteceden que el 82,5% de adolescentes embarazadas fueron primigestas y el 17,5% segundigestas.

Los presentes datos son similares con los de Jiménez quien encontró que el 75,6% de las adolescentes embarazadas encuestadas fueron primigestas, con una diferencia puntual de 6.8 puntos (37).

ENDES (2014), manifiesta al respecto, que del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 13,2% estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8% eran madres y el 2,4% estaban gestando por primera vez (53).

El embarazo adolescente es un problema de salud pública porque la adolescente no cumple aún con las condiciones propicias para ser madre, desde ningún punto de vista, ni biológico, psicológico o económico; situación que se agrava cuando ocurre un

embarazo reincidente, porque al problema del embarazo adolescente se añade, la falta de recuperación de su organismo pues el periodo intergenésico no es el adecuado. De otra parte en muchas ocasiones el padre del segundo bebé no es el mismo que del primero, situación que complica la integridad psicológica y emocional de la adolescente que a pesar de ser madre no deja de estar en una etapa tan crucial como lo es la adolescencia, pudiéndola llevar a estados de depresión; también para los recién nacidos se constituye un factor de riesgo, el embarazo adolescente ya sea la primera o segunda vez, para múltiples complicaciones neonatales.

La Organización Panamericana de la Salud (2014) dio a conocer que, los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedades, traumatismos y abuso, y más tarde pueden presentar otras complicaciones como nutrición infantil deficiente y mayor frecuencia de enfermedades infecciosas, especialmente en los grupos de menor nivel socioeconómico (48).

En lo que corresponde al embarazo reincidente, Yauri (2015) señala que una de las causas de embarazo adolescente y su reincidencia es el bajo nivel económico, pues según el ENDES (2013), el 23,9% de las adolescentes que tuvieron un hijo o están embarazadas pertenecen al quintil inferior de riqueza y el 5,6% al quintil superior de riqueza, lo cual demuestra que usualmente las condiciones económicas son bajas cuando se produce el embarazo en este grupo etáreo (54).

Flores y cols, (2014) refiere que los embarazos en adolescentes están relacionados con la edad de las adolescentes, el nivel de educación, la zona de vivienda (urbana o rural) y el nivel de riqueza. En cuanto a este último factor, el embarazo llega a ser casi tres veces mayor entre las adolescentes del quintil más bajo (29,5%) que entre aquellas de quintil más alto y 7,4% las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos (55).

En cuanto a la paridad de las adolescentes embarazadas, 85,7% son nulíparas y el, 14,3% son primíparas.

La primiparidad señala que no necesariamente es el primer embarazo sino que pudieron tener uno anterior que pudo terminar en aborto, no así la nuliparidad en cuyo caso las gestantes tienen por primera vez la experiencia de un embarazo, en ambos casos puede estar presente el estrés y situaciones de depresión, pues lo que caracteriza a esta grupo de mujeres es la adolescencia, etapa de conflictos consigo mismos.

Flores y col. (2014) hacen referencia que de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada. El 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo (56).

Idrobo (2012) menciona que el 37,86% fueron embarazos subsecuentes y el 62,14% fueron embarazos adolescentes por primera vez. La mayoría de los embarazos subsecuentes se presentaron luego de los 16 años. El 81,5% de las adolescentes subsecuentemente embarazadas, ha tenido una gestación previa; el 15,2% tuvo 2 gestaciones previas y el 3,3% tres gestaciones previas. Mientras mayor es la edad; mayor, la presencia del embarazo subsecuente (57).

En cuanto a las etapas del embarazo, del total de la muestra, el 49,2% se encontraron en el segundo trimestre de la gestación, seguido de las gestantes que cursan el tercer trimestre (34,9%) y finalmente (15,9%) que estaban en su primer trimestre de gestación; dado que el embarazo en la adolescencia no es fácil de asimilar tanto por la adolescente gestante como por su entorno y su familia, éstas optan por ocultar el embarazo el mayor tiempo posible es por ello que solamente un pequeño porcentaje acude a su control prenatal en el primer trimestre de la gestación.

Datos similares fueron encontrados por Arispe y cols. (2012) quienes en su investigación obtuvo como resultado que 7,8 % tuvo su primer control antes de las 12 semanas de gestación y 63% lo hizo antes del cuarto mes de gestación (58), pero difieren con los de Toncel y cols. (2015) quien determinó que el 65 % ingresó al programa de atención en su primer trimestre (59). Por su parte, Cárdenas (2016) encontró que 45,6% de gestantes estaban en el tercer trimestre de gestación, de igual forma con 37,7% estaban en el segundo trimestre de su gestación (44).

Con relación al número de controles prenatales hasta el momento de la aplicación de la encuesta, el 68,3% tuvo entre 0 a 3 controles prenatales, 28,6% entre 4 a 6 controles y de 6 a más (3,2%); lo que refuerza en la tabla de etapas del embarazo, que a mayor tiempo de diagnosticado el embarazo en las adolescentes menor será la cantidad de atenciones prenatales que se realice durante su embarazo; constituyendo un problema para la identificación de los riesgos propios del embarazo adolescente.

En las adolescentes que tienen menor número de atenciones prenatales porque ocultaron su embarazo además, está implícito el estrés y la ansiedad generada por tales circunstancias.

Los resultados encontrados coinciden con lo reportado por Cárdenas (2016) quien mencionó que 44,1% tenían solamente de 1-3 atenciones prenatales, 26,5% de 4-6

controles, y 19,1% más de 6 controles prenatales (44); Briceño (2015) menciona que gran porcentaje de las gestantes adolescentes 22,43% acudieron a 6 o más atenciones prenatales, mientras que el 16,36% acudieron entre 1 a 5 atenciones prenatales y 7,27% no realizaron ninguna atención prenatal (60).

El Ministerio de Salud (2014) menciona que la atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, ojalá en el primer trimestre (antes de las semanas 10 y 11). Esta característica es de vital importancia en este grupo de edad, ya que se ha detectado que un porcentaje muy alto de las jóvenes inician su CPN de forma tardía debido a diferentes circunstancias (55).

Mayorga (2012) mencionó que aunque la mayoría de las mujeres gestantes asisten a consulta de control prenatal, un número importante acude pocas veces o simplemente no lo hace. A esta situación se le suma que asistieron al primer control prenatal con un promedio de 2,7 meses, un 77% fue a la primera visita prenatal cuando tenía menos de 4 meses de gestación y 15% cuando tenía entre 4 y 5 meses de gestación (61).

Rico y cols. (2015) la captación temprana de las gestantes al control prenatal promueve la prevención, la identificación y el control oportuno de los factores de riesgo biológico, psicológico, social y ambiental que inciden en la gestación (62).

Tabla 03. Nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016.

Autoestima	n°	%
Elevada	3	4,8
Media	47	74,6
Baja	13	20,6
Total	63	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Se logra evidenciar en los presentes datos que el 74,6% de adolescentes embarazadas tienen un nivel de autoestima media, seguido de quienes tienen un nivel de autoestima baja con 20,6%; solamente el 4,8% tienen un nivel de autoestima alta.

Es preocupante encontrar cifras elevadas de adolescentes con un nivel de autoestima medio, porque personas con este tipo de autoestima registran cierta inestabilidad en la auto-valoración con una tendencia a sentirse inferiores, incapaces y débiles, factores que no son útiles para sobrellevar un embarazo.

En las adolescentes es necesaria una adecuada autoestima, ya que es uno de los periodos más críticos para la formación de una firme identidad; se debe reconocer que hay múltiples aspectos y dimensiones que influyen en esto, como la autovaloración, la autoimagen negativa y la socialización, además de la inferencia que tienen las situaciones con amigos, en el hogar y en el colegio, para que así la adolescente se pueda reconocer como un individuo distinto a los demás, reconozca sus posibilidades, su talento y se sienta valioso, pero sobre todo para que acepte su embarazo con positividad.

Las adolescentes embarazadas que tienen baja autoestima, probablemente van a tener mayores dificultades para afrontar su situación, van a ver el embarazo como un “callejón sin salida”, sobre todo si no cuenta con el apoyo de la pareja o sus padres, conllevando a situaciones de descuido de su embarazo, sin acudir a sus citas de atención prenatal, sin preparar el ajuar del bebé y muchas veces con la idea fija de dar en adopción a éste.

Por el contrario las adolescentes que tienen un nivel de autoestima alta, probablemente afronten la situación de su embarazo con mayor responsabilidad, sin abandonar su proyecto de vida y tomando la menor oportunidad para salir adelante, probablemente continúen sus estudios; sin embargo, se debe tener en cuenta que en el nivel de autoestima juegan un papel muy importante los padres y el apoyo que estos

le puedan brindar a la adolescente aun conociendo su situación de embarazo y/o abandono de la pareja.

Estos datos difieren con los reportados por Alderete y cols. (2012) quienes encontraron que, el 86% de las adolescentes tenían autoestima baja, 13,6 autoestima alta (37); de igual forma son disimiles con los encontrados por Ceballos y cols. (2011), quienes encontraron que el 32% de las adolescentes embarazadas tenían autoestima baja (42) , así mismo, Jiménez (2012) menciona que el 86% de la adolescentes embarazadas de su estudio, tenían autoestima baja (37). Cutipa (2012) también observó que del total de adolescentes embarazadas las tres cuartas partes presentó autoestima baja con un 48,48 % (43) y Olloque (2016) refirió que el 76,8% tuvieron nivel normal de autoestima y el 23,2% bajo nivel de autoestima (39).

Tabla 04. Depresión de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016

Depresión	n°	%
Sin depresión	59	93,7
Deprimido leve	4	6,3
Total	63	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se evidencia en la presente tabla que el 93,7% de las adolescentes embarazadas no han presentado depresión según el test utilizado; solamente el 6,3% presentó una depresión leve.

Es reconfortante observar que, solamente un pequeño porcentaje de adolescentes embarazadas presenten depresión y que esta sea leve, pues la depresión tiene importantes consecuencias en diversas esferas, conllevando a la gestante a adoptar conductas que pueden poner en peligro su salud y la del feto, como el hecho de no buscar atención prenatal temprana o inclusive llegar hasta el suicidio.

Ceballos y cols. (2013) señala que, cuando la depresión es persistente, prolongada y aguda se presenta acompañada de ideaciones suicidas, que en algunas ocasiones conllevan a la conducta autodestructiva (63).

Las consecuencias psicológicas que tiene el embarazo adolescente son múltiples debido a que la gestación en estos casos ocurre en un momento en el cual la joven no está preparada biológica ni psicológicamente, desequilibrando su proceso de desarrollo, lo que la hace más vulnerable a sufrir de una depresión, la misma que debe ser atendida tan pronto se realice el diagnóstico a fin de evitar consecuencias posteriores,

Alderete y cols. (2012) al respecto menciona que la salud mental de la adolescente también necesita atención y cuidado, con especial énfasis en la prevención y diagnóstico oportuno de depresión, tanto durante la gestación como en el post parto (37).

Los datos del presente estudio difieren con lo reportado por Alderete y cols. (2012) quienes obtuvieron que el 40% de las adolescentes cursaba su embarazo con depresión leve, 35,6% rango normal (sin depresión) (37).

Tabla 05. Depresión de las adolescentes embarazadas, según nivel de autoestima. Centro de Salud Magna Vallejo. 2016

Nivel de autoestima	Depresión				Total	
	Sin depresión		Deprimido leve		n°	%
	n°	%	n°	%		
Elevada	2	66,7	1	33,3	3	4,8
Media	44	93,6	3	6,4	47	74,6
Baja	13	100,0	0	0,0	13	20,6
Total	59	93,7	4	6,3	63	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 4,555$

$p = 0,103$

Se aprecia en la presente tabla que del 74,6% de adolescentes embarazadas con nivel de autoestima media el 93,6% no presentaron depresión, solamente el 6,4% lo presento en grado leve; del 20,6% de adolescentes embarazadas con nivel de autoestima baja, el 100% no presentó depresión.

Estos datos concuerdan con lo que señala Barceló (2016) quien manifiesta que, la manera en que las adolescentes viven este período (gestación) puede verse marcada por la depresión, un autoconcepto deteriorado y unas estrategias de afrontamiento poco productivas, pero, generalmente, con una autoeficacia positiva (64); probablemente este grupo de embarazadas puede tener otros problemas estresantes como el hecho de no estar casada y enfrentar el embarazo sin el apoyo de su pareja; tal y como lo menciona el estudio de Quezada y González (2012) quienes demostraron que el estado civil influye en la depresión que estas adolescentes puedan tener; de otra parte Birkelandet (2011) menciona en su estudio que los factores estresantes tales como la preocupación acerca del peso corporal y la forma de su cuerpo, el aislamiento social y la autoeficacia materna están conectados a los niveles de depresión en madres jóvenes; siendo que el nivel de autoestima es solamente un factor más que puede conllevar a estados de depresión, pero de ninguna manera un factor determinante (64); sin embargo, en el presente estudio las gestantes adolescentes que tienen un nivel de autoestima elevado o medio no han presentado depresión con 66,7% y 93,6%, respectivamente.

En cuanto a las embarazadas con depresión, se ha mencionado que, las madres depresivas tienen menos actividad, menos expresiones faciales de satisfacción, pocas conductas imitativas y menos interacciones de juego con ellos.

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre el nivel de autoestima y la depresión.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de adolescentes embarazadas pertenecieron a la adolescencia tardía (17-19 años); el mayor porcentaje tiene como grado de instrucción secundaria incompleta; son amas de casa; proceden de la zona urbana; católicas y pertenecientes a una familia nuclear.
2. El mayor porcentaje de adolescentes embarazadas fueron primigestas, nulíparas, se encontraron en el segundo trimestre y tenía de 0-3 controles prenatales.
3. La mayoría de adolescentes embarazadas tenía un nivel de autoestima media (74,6%).
4. La mayoría de adolescentes embarazadas, no presentaron depresión.
5. No se encontró relación significativa entre el nivel de autoestima y la depresión, negándose la hipótesis formulada.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se determina que uno de los aspectos que aparecen menos valorados en la atención prenatal en las adolescentes es la atención emocional y realmente son aspectos que se deben mejorar, sugiriendo a los obstetras encargados de la atención pre natal brindar atención holística a la gestante sobre todo si es adolescente.

Al Director del Centro de Salud Magna Vallejo implementar el área de psicoprofilaxis, donde se prepare a la gestante tanto física como psicológicamente de esta manera eliminar sus miedos y temores frente al trabajo de parto.

A la Red II Cajamarca, implementar programas que generen conciencia de la importancia de la calidad emocional de la madre para fortalecer su nivel de autoestima.

A los obstetras, se les sugiere, involucrar a los familiares de las adolescentes embarazadas en el cuidado del embarazo indicando que estas requieren de su apoyo permanente para asumir el rol de madres y continuar con su proyecto de vida.

A los futuros tesisistas que sienta interés por el tema realizar nuevas investigaciones sobre factores que deterioran el nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Papilia D. Psicología. Madrid; 2013.
2. Blázquez M, Sobeida L, Pavon P. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. Estilos de vida. 2010; 16(1).
3. Martinez L, Romano K. Depresión en adolescentes embarazadas. Enseñanza en investigación en psicología. 2009 Julio; 14(2).
4. Gamboa C, Valdés S. El embarazo en adolescentes. México; 2013.
5. La adolescencia una epoca de oportunidades. [Online]; 2011.
6. Martínez L. los países con embarazos adolescentes Gobierno de Chile protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y puerperio en apoyo; 2014.
7. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Panama. [Online]; 2014.
8. Bazán P, Gómez M. Riesgos obstétricos y psicológicos en adolescentes embarazadas Hospital Nacional Sergio Bernal. Lima; 2011.
9. Mercado Y, Paccori L. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima; 2012.
10. Ceballo G, Camargo K, Jimenez I, Requena k. Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (colombia). Revista de psicología de la Universidad de Antioquia. 2011 junio; 3(1).
11. Montalvo H. resultados del embarazo en la adolescente en tres consultorios medios populares. ; 2010 octubre 20.
12. Ceballos G, Colorado Y, Arena K, Salcedo N. Adolescentes Gestantes: Características Sociodemográficas, Depresion e Identidad Suicida. Psicología Universidad de Antioquia. 2013; 5(3).
13. Ceballos G, Camargo K, Jimenez E, Requena K. Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta. Revista de psicología de la Universidad de Antioquia. 2011; 3 (1).
14. Alderete L, Juarez M, Sanchez A, Duran M, Hernandez C, Tellez A. Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas. desarrollo científico en enfermeri. 2012; 20(2).
15. Avila A. Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo; 2014.
16. Ulloque L, Monterrosa A, Arteba A. Prevalencia de baja autoestima y nivel resiliencia baja, en gestantes adolescentes. Revista Chilena de autoestima y Psicología. 2015; 80(6).
17. Salvatierra A. www.monografias.com. [Online]; 2009.

18. Cutipa L. Factores sociales, clima familiar y nivel de autoestima asociado al embarazo en adolescentes que acuden al C.S Metropolitano ; 2012.
19. Martos LR. La autoestima Esaparsa; 2014.
20. Hertfelder C. Como se educa una autoestima familiar sana España: Palabra, S. A; 2010.
21. Branden N. La autoestima de la mujer Barcelona: Espasa libros , S. L. U; 2010.
22. Stamateas B. Querermes mas Argentina: Planeta, S. A; 2012.
23. La autoestima requisito de una vida plena para el docente. [Online]. Lima; 2013.
24. Rojas L. La Autoestima. Nuestra Fuerza Secreta. Madrid; 2008.
25. Ceballos S. Autoestima. Segunda ed. Ecuador: Ministerio de Educacion y Cultura; 2011.
26. Asunción P, Marta B, Pilar S, Lorenzo L. Trastorno Bipolar y Psicoeducación: Desarrollo de un Programa para Clínicos Valencia: Club Universitario; 2012.
27. Sánchez F. Lección Psiquiatría Madrid: Médica Panamericana, S. A; 2010.
28. www.psicomed.net. [Online]; 2011.
29. Buendia J. El impacto Psicológico del Desempleo segunda , editor. Murcia; 2012.
30. Ávila A. "Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 - 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo Familiar del proyecto especial Adole - Isis". Quito; 2014.
31. Quezada M, Romero M, Prieto E, Rodríguez C. Característica social del embarazo en la adolescencia. Archivo Médico de Camaguey. 2010; 14(3).
32. Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes. [Online]; 2013.
33. Issler R. embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la cátedra. 2012 Agosto; 107: p. 11 - 13.
34. Moreno D. Atención integral de la adolescente menor de 15 años embarazadas XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría. [Online]; 2012. Available from: Cartagena.
35. Pillcorema B. "Tipos de familia estructural y la relación con sus límites". Ecuador; 2013.
36. Adrián F. Memoria Universitaria. México; 2012.
37. Alderete J, Juárez M, Sánchez A, Durán M, Hernandez C, Tellez A. Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas. Desarrollo científico en enfermería. 2012; 20(2).

38. Avila A. Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo; 2014.
39. Ulloque L, Monterrosa A, Arteba A. Prevalencia de baja autoestima y nivel resiliencia baja, en gestantes adolescentes. Revista Chilena de autoestima y psicología. 2015; 80(6).
40. Angulo S. Factores asociados a embarazo adolescente recurrente en el servicio de Ginecología del Hospital Belén de Trujillo. Trujillo; 2015.
41. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, Vara S. Embarazo adolescente rezago: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública México. 2015 Marzo; 57(2).
42. Ceballos G, Camargo K, Jimenez E, Requena K. Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta. Revista de Psicología de la Universidad Antioquia. 2011; 3(1).
43. Cutipa L. Factores sociales, clima familiar y nivel de autoestima asociado al embarazo en adolescentes que acuden al C.S Metropolitano; 2012.
44. Cardenas M. Expectativas y percepción de la adolescente embarazada sobre la atención brindada por el profesional obstetra. Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca; 2016.
45. Armendáriz A, Medel B. Propuesta de interacción para prevenir el embarazo en adolescentes. Chihuahua; 2011.
46. Valera B. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas, Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca; 2017.
47. Informática INdEe. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima; 2015.
48. Organización Panamericana de la Salud. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas; 2014.
49. Acosta B, Pinedo S, Urresti M. Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos, relacionados a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Moronacocho. Iquitos; 2016.
50. Castellón H. Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo. Bogotá; 2014.
51. Caro N. Apoyo Familiar en la actitud de la adolescente frente al embarazo, Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca; 2015.
52. Veloza M. Salud Familiar en Familias con Adolescente Gestante. Avances en Enfermería. 2012; 30(1).
53. Instituto Nacional de Estadística e informática . Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima; 2014.

54. Yauri Y. Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño "San Bartolome". Lima; 2015.
55. Ministerio de Salud. Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años. Bogotá; 2014.
56. Flórez C, Soto V. Factores protectores y de riesgo del embarazo. Colombia ; 2013.
57. Idrobo I. Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes Centro de Salud de Catamayo. Guayaquil; 2012.
58. Arispe C, Salgado M, Tang G, Gonzáles J. Frecuencia de controles prenatales inadecuados y factores asociados a su ocurrencia. Medicina Herediana. 2012; 22(4).
59. Tocel Y. Características psicosociales de adolescentes embarazadas atendidas en una IPS ciudad de Santa Marta. Santa Marta; 2015.
60. Briceño J. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes y añosas. Hospital General Cajabamba. Cajamarca; 2014.
61. Mayorga A. Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E,S,E San Cristóbal. Bogotá; 2012.
62. Rico A, Castillo C, Benitez C, Medina R. Programa de atención a la adolescente gestante. Ciencia y cuidado. 2013 Julio; 10(1).
63. Ceballos G, Suárez Y, Arenas K, Salcedo N. Adolescentes gestantes: Características sociodemográficas, Depresión e ideación suicida. Revista de psicología Universidad de Antioquia. 2013; 5(2).
64. Barceló M. El embarazo en la adolescencia ; 2016.

ANEXOS 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES

Edad:

10 – 13 años () 14 – 16 años () 17 – 19 años ()

Grado de instrucción:

Sin instrucción () Primaria incompleta ()

Primaria completa () Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior técnica ()

Superior universitaria ()

Estado civil:

Soltera () Casada () Conviviente ()

Ocupación:

Estudiante () Ama de casa () Empleada del hogar ()

Desempleada () Independiente () Trabajadora de empresa privada ()

Trabajadora de empresa estatal () Otro ()

Especifique: _____

Procedencia:

Zona urbana () Rural ()

Religión:

Católica () Evangélica () Otras ()

Especifique: _____

Tipo de familia

Nuclear () Extensa () Monoparental ()

II. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

G: P

Edad gestacional:

N° de controles prenatales:

Periodo intergenesico:

N° de abortos:

ANEXO: 02

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo

A continuación encontrarán una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted, marque con una "X"				
	Muy de acuerdo	De acuerdo	en desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general me inclino a pensar que soy un fracasada.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. siento que no tengo actitud positiva hacia mí misma.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
7. En general estoy satisfecha conmigo misma.				
8. Desearía valorarme más a mí misma.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy buena para nada				

Interpretación:

30 - 40 puntos: autoestima elevada

26 – 29 puntos: autoestima media

Más de 25 puntos: autoestima baja

ANEXO 03

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (<input type="checkbox"/>) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

INTERPRETACION

El rango de calificación es de 20-80.

- 5.1 • 25-49 rango normal
- 6.1 • 50-59 depresión leve
- 7.1 • 60-69 Moderadamente deprimido
- 8.1 • 70 o más, Severamente deprimido

ANEXO 04

Yo..... he sido informada del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. Estoy enterada que puedo participar, continuar o retirarme del estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica.

Por lo anterior acepto voluntariamente ser participe en la investigación "INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN LA DEPRESIÓN DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO - 2016".

Nombre de la participante:.....

Firma: ----- Fecha: ----- Huella digital: -----

INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN LA DEPRESIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO - 2016.

¹ Bach. Rhermit Roxana Becerra Pérez

¹ Bachiller en Obstetricia, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca. Av Atahualpa #1050, Cajamarca-Perú.

Palabras clave: adolescente embarazada, autoestima, depresión.

Resumen

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública por la mayor incidencia de resultados desfavorables en la salud materna y perinatal; tanto en el plano biológico como en el psicológico, siendo importante abordar algunos aspectos como el nivel de autoestima y grado de depresión. El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre nivel de autoestima y grado de depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo. La investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, se realizó en una muestra de 63 adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo. Se utilizó como instrumento el cuestionario de recolección de datos generales y datos obstétricos, El test de autoestima de Rosenberg y escala de depresión de Zung, y se obtuvo como resultados que el 76,2% de las adolescentes embarazadas perteneció al grupo etáreo de 17-19 años (adolescencia tardía); el 31,7% refirió tener secundaria incompleta; el 61,9% manifestó ser conviviente; el 41,3% refirió ser ama de casa; el 40% fue procedente de zona urbana y el 79,4% profesó la religión católica; el 50,8% de ellas dijo pertenecer a una familia nuclear; el 85,7% fueron primigestas; el 85,7% fueron nulíparas y el 49,2% se encontró en el segundo trimestre de gestación; el 68,3% tuvo entre 0-3 controles prenatales. El 74,6% de adolescentes embarazadas tienen un nivel de autoestima media y el 20,6% tienen un nivel de autoestima baja; el 6,3% presentó una depresión leve; se determinó que no existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la depresión según lo determina el Chi cuadrado =4,555 y el coeficiente de correlación $p = 0,103$.

Abstract

Adolescent pregnancy has become a public health problem because of the higher incidence of unfavorable outcomes in maternal and perinatal health; Both biologically and psychologically, being important to address some aspects such as the level of self-esteem and degree of depression. The objective of the present investigation was to determine the relationship between self-esteem in the degree of depression in pregnant adolescents attended at the Magna Vallejo Health Center. The research corresponds to a descriptive, correlational cross-sectional study, conducted in a sample of 63 pregnant adolescents, attended at the Magna Vallejo Health Center. The questionnaire for the collection of general data and obstetric data, the Rosenberg self-esteem test and the Zung depression scale was used as the instrument, and it was obtained that 76.2% of the pregnant adolescents belonged to the age group of 17-19 years (late adolescence), 31.7% reported having incomplete secondary school; 61.9% stated that they were living together; 41.3% referred to being a housewife; 40% came from urban areas and 79.4% professed the Catholic religion; 50.8% said they belonged to a nuclear family; 85.7% were primigravidae; 85.7% were nulliparous and 49.2% were found in the second trimester of gestation; 68.3% had between 0-3 prenatal controls. 74.6% of pregnant adolescents have an average level of self-esteem and 20.6% have a low level of self-esteem; 6.3% had mild depression; It was determined that there is no significant relationship between the level of self-esteem and depression as determined by the Chi square = 4.555 and the correlation coefficient $p = 0.103$.

Introducción

La adolescencia es el periodo de desarrollo durante el cual el individuo hace la transición de la infancia a la etapa adulta, para muchos jóvenes, la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa donde la amistad es profunda, de aflojamiento de ligaduras de

los padres, y de sueños acerca del futuro (1). Sin embargo, pueden ocurrir hechos inesperados que cambia el curso de sus vidas, como son los embarazos no planificados, afectando sus sueños y proyecto de vida.

El embarazo en la adolescencia genera cambios en quienes lo rodean; puede presentarse desde un drama familiar por la adaptación a la nueva situación, hasta la transformación en forma sustancial de todo el panorama. Esto, al igual que otras circunstancias lo pueden convertir en un hecho dinámico y muy complejo. No menos problemático es la actitud que adopta la adolescente embarazada frente a su embarazo (2). Debido a que este embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas; en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo, factores que pueden deteriorar su autoestima la misma que siendo elevada le sirve para afrontar su situación.

De otra parte, el embarazo conlleva a situaciones de depresión siendo el riesgo mayor cuando el embarazo es en la adolescencia; motivo por el cual se realizó el presente estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre nivel de autoestima y grado de depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo, llegando a determinar que no existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la depresión según lo determina el Chi cuadrado =4,555 y el coeficiente de correlación $p = 0,103$.

Material y Métodos

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal,

La muestra para la presente investigación estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo, de enero a septiembre de 2016 que fue de 96. La recolección de datos se realizó durante el mes de enero – abril de 2017, se utilizó como instrumento un cuestionario de recolección de datos, el test de autoestima de Rosemberg y la escala de depresión de Zung.

Resultados

En el presente estudio se determinó que el 74,6% de adolescentes embarazadas tuvo un nivel de autoestima media; el 20,6% baja y el 4,8% elevada (Tabla 01)

Tabla 01. Nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016.

Autoestima	n°	%
Elevada	3	4,8
Media	47	74,6
Baja	13	20,6
Total	63	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

En el presente estudio se determinó que el 93,7% de las adolescentes embarazadas no han presentado depresión según el test utilizado; solamente el 6,3% presentó una depresión leve.

Tabla 02. Depresión de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Magna Vallejo. 2016

Depresión	n°	%
Sin depresión	59	93,7
Deprimido leve	4	6,3
Total	63	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se aprecia en la presente tabla que del 74,6% de adolescentes embarazadas con nivel de autoestima media el 93,6% no presentaron depresión, solamente el 6,4% lo presento en grado leve; del 20,6% de adolescentes embarazadas con nivel de autoestima baja, el 100% no presentó depresión.

Tabla 03. Depresión de las adolescentes embarazadas, según nivel de autoestima. Centro de Salud Magna Vallejo. 2016

Nivel de autoestima	Depresión				Total	
	Sin depresión		Deprimido Leve		n°	%
	n°	%	n°	%		
Elevada	2	66,7	1	33,3	3	4,8
Media	44	93,6	3	6,4	47	74,6
Baja	13	100,0	0	0,0	13	20,6
Total	59	93,7	4	6,3	63	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 4,555$$

$$p = 0,103$$

CONCLUSIONES

La mayoría de adolescentes embarazadas pertenecieron a la adolescencia tardía (17-19 años); el mayor porcentaje tiene como grado de instrucción secundaria incompleta; son amas de casa; proceden de la zona urbana; católicas y pertenecientes una familia nuclear.

El mayor porcentaje de adolescentes embarazadas fueron primigestas, nulíparas, se encontraron en el segundo trimestre y tenía de 0-3 controles prenatales.

La mayoría de adolescentes embarazadas tenía un nivel de autoestima media (74,6%).

La mayoría de adolescentes embarazadas, no presentaron depresión.

No se encontró relación significativa entre el nivel de autoestima y la depresión, negándose la hipótesis formulada.

Bibliografía citada

1. Papilia D. Psicología. Madrid.; 2013.
2. Blázquez M, Sobeida L, Pavon P. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. Estilos de vida. 2010; 16(1).

