



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE MEDICINA**

**"ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL
EMBARAZO EN MADRES ADOLESCENTES DE 14 – 19 AÑOS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL
LATACUNGA EN EL AÑO 2014".**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la Obtención del Título de:

MÉDICO GENERAL

MARGOTH DEL PILAR GARCÉS NARVÁEZ

RIOBAMBA – ECUADOR

2016

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo. Margoth del Pilar Garcés Narváez, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes y el documento que provienen de otra fuente están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.

Riobamba, 04 de Enero del 2016

Margoth del Pilar Garcés Narváez

C.I: 0604010827

CERTIFICADO

La siguiente tesis ha sido revisada y se autoriza su presentación.

.....
Psc. Eduardo Silva Frey
DIRECTOR

CERTIFICACIÓN

Los miembros del trabajo de titulación certifican que el trabajo de investigación titulado: "Aspectos psicosociales que intervienen en el embarazo en madres adolescentes de 14 – 19 años atendidas en el Hospital General Provincial Latacunga en el año 2014"; de responsabilidad de la señorita Margoth del Pilar Garcés Narváez ha sido revisado y se autoriza su publicación.

Psc. Eduardo Silva Frey
DIRECTOR

.....

Dr. Ramiro Estévez
MIEMBRO

.....

Fecha de defensa: 05 Enero del 2016

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina, por permitirme adquirir los conocimientos necesarios para realizarme profesionalmente.

Al Psc. Eduardo Silva Director de Tesis, al Dr. Ramiro Estévez Miembro de Tesis por la orientación intelectual que me han impartido para el desarrollo de esta investigación.

Al Hospital General Provincial de la Latacunga por el apoyo recibido durante el desarrollo de este trabajo.

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y amor dedico este proyecto a mi Padre celestial quien me ha inspirado el amor a esta hermosa carrera.

A mi pequeño hijo Dylan quien es el motor que me impulsa a seguir adelante.

A mi madre la Sra. Oderay Narváez y a la memoria de mi padre el Sr. Noé Israel Garcés, quienes han sido mi apoyo incondicional para seguir adelante a pesar de las adversidades.

Los amo con mi corazón, gracias por todo.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue conocer los aspectos psicosociales que intervienen en el embarazo en madres adolescentes atendidas en el Hospital General Provincial de Latacunga durante el 2014; con la finalidad de brindar una atención integral y de calidad. Se planteó una Investigación, Descriptiva, Longitudinal, Retrospectiva, Observacional, utilizándose 265 Historias Clínicas aplicando encuestas estructuradas, inventario de Depresión y Ansiedad de Goldberg, como también el inventario de autoestima de Rosenberg, para la tabulación y recolectaron los datos el programa Microsoft Excel 2010. De los resultados, edad de predominio para las madres adolescentes es de 19 y 18 años con el 28 y 27% respectivamente, 77% adolescentes tardías, iniciando su vida sexual a los 15 años con un 35%. Viven en unión libre 53%. El nivel de instrucción es 80% secundaria. 89% pertenecen a la etnia mestiza. 68% de gestantes no tienen ninguna ocupación; 58% de éstas viven en sectores urbanos. 31% dice que la causa del embarazo es la falta de afecto. 72% relaciones de pareja son inestables. El 77% viven en una condición socioeconómica media. El 40% reciben educación sexual en institutos educativos. El 83% tienen familias disfuncionales. El embarazo adolescente en el entorno de estas mujeres ha estado presente en sus madres en un 55%. No utilizaron ningún método anticonceptivo el 83% y ningún tipo de drogas el 96%. Con esto se determina que el 2% presentaron intento autolítico, 55% tiene depresión, 57% ansiedad y con un autoestima baja en un 66%. Se concluye que los aspectos psicosociales tienen gran influencia en el embarazo adolescente. Por esto se recomienda formar médicos con una visión más integral, para mejorar la atención a este gremio de mujeres.

SUMMARY

The aim of this research is to understand the psycho-social aspects involved in pregnant adolescent girls who have been attended at the Provincial General Hospital in Latacunga during 2014. The objective is to provide holistic quality care. This research is descriptive, longitudinal, retrospective, and observational. 265 Medical Records were studied through surveys, the Goldberg Depression and Anxiety Inventory, and the Rosenberg Self-esteem Inventory. For tabulating data and data collection Microsoft Excel 2010 program was used. The following results were obtained for early pregnancy: the highest age group belongs to 18 and 19 year-olds with 27% and 28% respectively; then, late adolescents with 77%; after that, 15 year-olds beginning their sexual life with 35%; 53% of them are living common law; 80% of them have finished high school; 89% belong to the mestizo ethnic group; 68% of pregnant girls do not have a job; 58% of them live in urban zones; 31% claim that the cause for their pregnancy is the lack of affection; 72% of their dating relationships are unstable; 77% of them live in a middle socioeconomic class; 40% of them go to school; 83% of them come from dysfunctional families; 55% of them come from adolescent mothers as well; 83% of them did not use any contraceptive method, and 96% of them did not use any drugs. It was also determined that 2% of them attempted suicide, 55% have depression, 57% have anxiety, and 66% have low self-esteem. As a conclusion, it can be said that the psycho-social aspects have great influence on early pregnancy. It is recommended to train physicians so that they have a more holistic view of this kind of patients in order to improve adolescent care.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE.....	Pág
II. OBJETIVOS	4
A. GENERAL	4
B. ESPECIFICOS.....	4
III. LINEAMIENTO TEÓRICO	4
IV. METODOLOGÍA.....	19
A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN	19
B. VARIABLES	19
1. Identificación	19
2. Definición.....	20
3. Operacionalización.....	23
D. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO.....	26
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS.....	28
VI. CONCLUSIONES.....	68
VII. RECOMENDACIONES	70
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	73
IX. ANEXOS.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE.....	Pág
TABLA N° 1. Edad de las adolescentes embarazadas.....	28
TABLA N° 2. Estado civil de las adolescentes embarazadas.....	30
TABLA N° 3. Nivel de instrucción de las adolescentes embarazadas.....	32
TABLA N° 4. Etnia de las adolescentes embarazadas.....	34
TABLA N° 5. Ocupación de las adolescentes embarazadas.....	36
TABLA N° 6. Lugar de residencia de las adolescentes embarazadas.....	38
TABLA N° 7. Causa del embarazo en las adolescentes.....	40
TABLA N° 8. Etapa del embarazo adolescente.....	42
TABLA N° 10. Condición socioeconómica de las adolescentes embarazadas.....	45
TABLA N° 11. Educación sexual de las adolescentes embarazadas.....	47
TABLA N° 12. Edad de inicio de la vida sexual de las adolescentes embarazadas.....	49
TABLA N° 13. Tipo de familia de las adolescentes embarazadas.....	51
TABLA N° 14. Presencia de embarazo adolescente.....	53
TABLA N° 15. Uso de algún método anticonceptivo en madres adolescentes.....	55
TABLA N° 16. Uso de drogas en el embarazo adolescente.....	57
TABLA N° 17. Intento autolítico en el embarazo adolescente.....	60
TABLA N° 18. Subescala de depresión Goldberge en el embarazo adolescente... ..	62
TABLA N° 19. Subescala de ansiedad Goldberg en el embarazo adolescente.....	64
TABLA N° 20. Escala de autoestima de Rosenberg en madres adolescentes.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE.....	Pág
GRÁFICO N° 1. Edad de las adolescentes embarazadas	28
GRÁFICO N° 2. Estado civil de las adolescentes embarazadas	30
GRÁFICO N° 3. Nivel de instrucción de las adolescentes embarazadas.....	32
GRÁFICO N° 4. Etnia de las adolescentes embarazadas	34
GRÁFICO N° 5. Ocupación de las adolescentes embarazadas	36
GRÁFICO N° 6. Lugar de residencia de las adolescentes embarazadas	38
GRÁFICO N° 7. Causa del embarazo en las adolescentes.....	40
GRÁFICO N° 8. Etapa del embarazo adolescente.....	42
GRÁFICO N° 9. Relación de pareja de las madres adolescentes.....	44
GRÁFICO N° 11. Educación sexual de las adolescentes embarazadas.....	48
GRÁFICO N° 12. Edad de inicio de la vida sexual de las adolescentes embarazadas	50
GRÁFICO N° 13. Tipo de familia de las adolescentes embarazadas	52
GRÁFICO N° 14 Presencia de embarazo adolescente	54
GRÁFICO N° 15. Uso de algún método anticonceptivo en madres adolescentes... 	56
GRÁFICO N° 16. Uso de drogas en el embarazo adolescente.....	58
GRÁFICO N° 17. Intento autolítico en el embarazo adolescente	60
GRÁFICO N° 18. Subescala de depresión Goldberg en el embarazo adolescente	62
GRÁFICO N° 19. Subescala de ansiedades Goldberge en el embarazo adolescente	64
GRÁFICO N° 20. Escala de autoestima de Rosemberg en maderes adolescente..	66

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia constituye un problema psicosocial, económico y de salud pública de considerable magnitud, que afecta a las adolescentes en cada etapa de su vida, caracterizada por la inmadurez biológica, psíquica y emocional para asumir el rol de madre¹. Por lo que la experiencia del embarazo marca un hito en la psicosexualidad femenina, sintiéndose obligada a asumir un rol de madre el cual no eligió, la coloca en posición de sometimiento a su biología y psicología. La maternidad adolescente se compone de dos seres, una niña-madre, que no ha culminado su desarrollo y un futuro hijo/a, ambos necesitados de amor maternal.

A nivel mundial se reporta que, alrededor del 50,0% de los adolescentes entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa, existe un incremento anual de aproximadamente del 10,0% de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años de edad. El 25,0% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y el 60,0% de estas gestaciones ocurren en los primeros seis meses de relaciones sexuales; el 35,0% de las madres adolescentes son solteras y entre el 60,0% y 70,0% de estos embarazos son no deseados, así podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno³.

El Fondo de Población de la ONU propuso para erradicar el embarazo adolescente a los países en desarrollo revisar los patrones sociales y psicológicos, poner fin al matrimonio infantil, fortalecer los derechos humanos, impulsar múltiples estrategias, programas a largo plazo e involucrar a los hombres para corregir el abordaje y concepción errónea del tema. Se realizan talleres, conferencias, y campañas nacionales y regionales para identificar los aspectos psicosociales que afectan a las adolescentes en periodo de gestación⁴.

Guevara Pérez en el 2012 refiere que el embarazo en la adolescencia, en la medida de que no sea planificado, contribuye a acrecentar la problemática social, disfunción familiar, retraso en el desarrollo educativo de la futura madre.

Calvopiña Parra en el 2012 menciona que el embarazo en las adolescentes es una realidad que trasciende todos los ámbitos, de allí que se debe analizar detenidamente los factores que inciden en un prematuro ejercicio de las relaciones sexuales entre la población adolescente, que en la mayoría de los casos desemboca en embarazos precoces^{5,6}.

A pesar, de conocer esta realidad en nuestro País no se ha encontrado una manera correcta para ayudar a determinar los aspectos psicosociales que afectan a nuestras adolescentes gestantes, con el fin de mejorar la atención en mujeres de la ciudad de Latacunga. Además, se desconoce el porcentaje de clínicas u hospitales privados dentro de la ciudad que atienden a madres adolescentes y los aspectos psicosociales que esta condición desencadena. Actualmente el embarazo adolescente es un tema de importancia global biopsicosocial, que merece un análisis profundo de los aspectos psicosociales que arrastran a nuestras adolescentes a un inicio precoz de las relaciones sexuales, desencadenando en la mayoría de veces una maternidad prematura no deseado.

Los aspectos psicosociales cobran cada vez más significación como condicionantes del embarazo adolescente, por esta razón es importante el estudio de este tema para identificar los aspectos psicosociales que influyen en el embarazo en madres adolescentes, ya que en el país los estudios de esta temática son escasos y en nuestro medio no hay. En el último año habido una atención precaria e ilimitada para este gremio de mujeres, pese a los esfuerzos realizados por nuestras autoridades. Por lo que es imprescindible la creación de políticas públicas de salud serias que traten al paciente como un todo, no solo enfocándonos en el daño fisiológico, sino en el daño psicológico y social que esta conlleva, para brindar una atención integral y de calidad, lo que nos ayudara a mejorar la calidad de vida de la gestante adolescente como de su hijo/a, garantizando un futuro alentador.

PREGUNTA INVESTIGATIVA

¿Cuáles son los aspectos psicosociales que intervienen en el embarazo en madres adolescentes de 14 – 19 años atendidas en el Hospital General Provincial Latacunga en el año 2014?

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Conocer los aspectos psicosociales que intervienen en el embarazo en madres adolescentes, atendidas en el Hospital General Provincial Latacunga en el año 2014, con el fin de brindar una atención integral y de calidad.

B. ESPECIFICOS

- Identificar a las adolescentes en período de gestación atendidas en el HPGL, para saber el porcentaje de embarazos precoces en nuestro medio.
- Determinar el aspecto psicológico de mayor relevancia que afectan a las madres adolescentes para remitir al especialista si es necesario.
- Establecer que aspectos sociales influyen en el embarazo adolescente para que sean tratados en conjunto con el departamento de servicio social.
- Identificar los aspectos psicosociales que influyen en el embarazo precoz, mediante la formulación de una Historia Clínica Psicosocial con el fin de brindar una atención integral y de calidad.

III. LINEAMIENTO TEÓRICO

MARCO CONCEPTUAL

- **Adolescencia:** El vocablo “adolescente” proviene del latín “adoleceré” que significa crecer y alcanzar la madurez⁷. Periodo de la vida que sucede a la niñez y transcurre desde la pubertad hasta la edad adulta⁴.
- **Adolescencia inicial o temprana:** Incluye adolescentes de 10 a 13 años.
- **Adolescencia media:** La adolescencia media incluye a jóvenes de 14 a 16 años de edad².
- **Adolescencia tardía:** La adolescencia tardía incluye adolescentes de 17 a 19 años⁸.
- **Pubertad:** La pubertad es el tiempo en el cual las características físicas y sexuales de un niño maduran y se presenta debido a cambios hormonales⁹.
- **Maternidad adolescente:** Es el embarazo que se da en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil y la terminación de la adolescencia¹⁰.
- **Aspectos psicológicos:** Adaptarse psicológicamente al embarazo lleva su tiempo y cada trimestre tiene sus características en este aspecto, por lo que es necesaria la aceptación emocional y psíquica del embarazo por parte de la futura mamá⁹.
- **Aspectos sociales:** Pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado como el macrosocial, al más próximo como el microsocioal¹⁰.

LINEAMIENTO Y NORMAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

El Manual de Lineamientos y Normas de Salud Reproductiva es el instrumento que estandariza la prestación de servicios por parte del personal proveedor de los mismos en todos los niveles de atención, contempla la participación y coordinación de la comunidad organizada, la familia y los mismos usuarios de los servicios.

Las normas se basan en que los servicios deben ser prestados con calidad, en un ambiente agradable y respetuoso, resguardando la dignidad de los usuarios, independientemente de su situación social, cultural, económica, religiosa, étnica, lingüística, respetando y orientando sus costumbres y prácticas sobre la salud, ofreciéndose de una manera personalizada y con privacidad. La Constitución Política del Ecuador (2008), en su Art. 35 declara que los “Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria... niñas, niños y adolescente recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.” Los Arts. 43, 47, 48, 49, 50, 51 y 52 señalan la responsabilidad y obligación estatal de emprender las acciones necesarias para impulsar el desarrollo, la protección integral y la vigencia de los derechos, principios y garantías a favor de los niños, niñas y adolescentes, a través de la organización del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, así como la obligación de los Gobiernos Autónomos Descentralizados de formular políticas y destinar recursos preferentes para servicios y programas orientados a la niñez y la adolescencia¹¹.

La falta de información sobre planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos inmensos y complejos problemas que causan diferentes impactos negativos en las mujeres ecuatorianas. Es por ello que el Gobierno Nacional ha puesto en acción, desde el Estado, la iniciativa conocida como ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente). Proponiéndose la disminución del porcentaje de embarazo en adolescentes a nivel nacional.

Garantiza la obligatoriedad del Estado al acceso de las personas y la familia la información, orientación, educación, provisión y promoción de los servicios de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y el puerperio, prevención del cáncer cérvico-uterino y de mama¹².

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO PRECOZ

A menor edad serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al sentirse obligadas a cumplir con el papel de madres a edades tempranas. Una adolescente no pasa a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tiene que estar a cargo de un hijo. Las jóvenes adolescentes de 10 a 13 años de edad suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y en específico al parto es tan difícil debido a que pierden el control con facilidad. Lo ideal es que sean manejadas por personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que explique de manera clara y concisa todo el proceso por el que les ha tocado pasar, para reducir el estrés de la embarazada.

Las mujeres adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. Generalmente las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan en su entorno con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es muy común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten ¡a mí no me pasará!, condiciones que sin duda dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inicial como un juego. Sin embargo, los problemas vienen después, cuando tienen que hacerse cargo del bebé todo el tiempo y dejar de lado su estilo de vida anterior al embarazo. En este caso, al igual que en el anterior, el apoyo familiar y el trabajo de los equipos de salud son positivos, como factores protectores.

En el campo social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se presenten. En el sector rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan son de orden biológico, como desnutrición y un malo o nulo control prenatal y problemas económicos. En el nivel suburbano las consecuencias son deserción escolar, económicos, uniones de pareja inestables que presentan violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. En el sector urbano popular, el embarazo precoz es considerado como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar.

En el nivel medio-medio y medio-alto, el embarazo adolescente en esta población afecta principalmente a las aspiraciones que tienen los jefes de familia de que logren sus hijos terminar la universidad, así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes se prolonga. Por lo tanto, cuando éste ocurre, se lo toma como un accidente y generalmente termina en abortos provocado, abecés sin el consentimiento de la gestante adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja.

En la mayoría de casos, independientemente del nivel social del que venga la madre adolescente, acudir al control prenatal inicia cuando el conflicto del entorno familiar se estabiliza, lo que ocurre de la mitad del embarazo hacia adelante. El que la gestante reciba tardíamente una correcta atención médica, es un factor que empeora más, la condición de riesgo durante el embarazo, la cual en sí misma ya se halla comprometida. A nivel individual, para la adolescente gestante puede significar muchas cosas, comprobar su fertilidad; considerar a ese hijo como algo suyo, que le va dar amor y a quien va dar amor como ella misma no fue amada; como una salida a una situación que ya no tolera más, que puede ser un ambiente de abuso de cualquier tipo o la expresión de una condición no resuelta, como por ejemplo el divorcio o la muerte de alguno de los padres o como un escape hacia la vida cuando la adolescente presenta enfermedades crónicas.

Sea cual fuere la condición individual o grupo socioeconómico al que pertenece la joven, un embarazo en la adolescencia implica problemas biológicos, sociales, económicos y psicológicos que clasifican la situación como de muy alto riesgo. Esto implica que esta problemática se la vea desde una perspectiva integral, considerando a la familia, a la sociedad, los medios de comunicación, el sector educación y salud, entre otros¹³.

ADOLESCENCIA

Conceptuar el término adolescencia implica definir criterios polifacéticos que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, no solo es un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social, en la cual se deja atrás la infancia y se alcanza la adultez¹⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define desde el punto de vista cronológico, como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años; con el fin de precisar el grupo población al para las estrategias de acción en salud del adolescente¹⁵.

La adolescencia es una etapa de la vida que esta entre la infancia y la adultez, caracterizada por un proceso de maduración física, psíquica y sexual, lo que provoca un reajuste de conductas, definiendo su posición dentro de la familia y la sociedad; Comienza a independizarse de los padres, a relacionarse con sus contemporáneos y a adquirir una responsabilidad básica dentro de la comunidad¹⁶.

En base a los criterios de la OMS, se acepta que la adolescencia se divide en tres etapas:

- a. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)
- b. Adolescencia Media (14 a 16 años)

c. Adolescencia Tardía (17 a 19 años)¹⁵.

ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 a 13 años)

Es la etapa peripuberal, con los mayores cambios corporales y funcionales como la menarquia. Se aprecia preocupación y curiosidad por los rápidos cambios corporales y por la normalidad del proceso de maduración sexual y corporal. Estos cambios físicos juegan un papel importante en el proceso de la imagen corporal; esta incierto aun de su propio físico y del resultado final del proceso de crecimiento y de maduración sexual¹⁷.

Área Social, el adolescente comienza a perder interés o atención central en los padres se inicia la ruptura de la dependencia hacia ellos y a otros adultos mostrando rebeldía tomando más decisiones por su cuenta, socializa más con individuos del mismo sexo enfrentarse a la presión que ejercen sus amigos para que consuma alcohol, tabaco y drogas o para que tenga relaciones sexuales. Otros retos a los cuales se enfrentan pueden ser los trastornos de la alimentación, por su figura que muestra ante la sociedad.

Se vuelven más independientes, con personalidad e intereses propios, aunque los padres todavía son muy importantes.

Área Psicológica, el adolescente pierde la identidad del niño e inicia el desarrollo de su plena identidad. El pensamiento abstracto esta recién emergido y todavía predomina el de tipo concreto, esto no permite un claro avance de los procesos de identidad e independencia, incrementando sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no concreta sus impulsos y se plantea metas vocacionales fantasiosas. Por ello idealiza personajes, como figuras modelos que juegan un papel importante en su propio proceso de identificación. Surge la necesidad de privacidad. La autoestima se está afianzándose siendo susceptible a las críticas. Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas¹⁸.

ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; es cuando se está completando prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Los caracteres secundarios se han establecido, está declinando o terminando. Lo que hace que el/la adolescente muestre menos preocupación; pero la imagen corporal aún no está plasmada por lo que hace que traten de ser más atractivos, buscando ser atendidos por el sexo opuesto. Todo esto demuestra incertidumbre respecto a su físico y a su apariencia.

Área Social, es la etapa de máxima relación con sus amistades, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres; se reduce el interés por los asuntos familiares y por alternar con sus miembros. Se producen mayores conflictos familiares por esa indiferencia y porque la rebeldía es mayor y más desafiante, hay menor control paterno; hay intentos y deseos más claros de emancipación. La identidad está mejor desarrollada, ya que la identificación con el grupo contribuye a afirmar la identidad personal. El narcisismo disminuye, lo que permite que aprecie con una mayor capacidad los sentimientos de otros.

Las prostaglandinas también son efectivas para controlar el sangrado, pero generalmente su precio es muy alto y tienen diversos efectos

Área Psicológica, el progreso que experimenta el desarrollo del pensamiento abstracto ayuda al avance del proceso de identidad, pero a la vez, suele producir una sensación de “omnipotencia intelectual”, creyéndose capaces de “saberlo todo”, pero al conocer sus limitaciones son proclives a reducir su autoestima, a la depresión, a la rebeldía y al resentimiento. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencias sexuales; se sienten invulnerables y asumen conductas de riesgo.

En la escala de valores el proceso está más avanzado, por el desarrollo del pensamiento abstracto; sin embargo, todavía no se ha establecido definitivamente un código de valores porque reciben gran influencia por parte de sus amigos, al que tiende a imitarlos y asumir conductas de otros, aun cuando se opongan a los principios inculcados dentro de la familia¹⁹.

ADOLESCENCIA TARDÍA (17-19 años)

Los adolescentes en esta etapa son biológicamente maduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y su crecimiento. La imagen corporal debe estar plasmada y la aceptan, y el joven despreocupado y satisfecho con su físico. El arreglo personal es menos compulsivo y ansioso.

Área Social, vuelve el interés por los padres y por los asuntos familiares, se reintegra a la familia y se restablecen relaciones maduras y sin conflictos, a menos que la evolución de este proceso no haya sido satisfactoria. El adolescente mayor se convierte en una entidad separada de su familia paterna que le permite apreciar plenamente la importancia de sus valores y de sus consejos. Las relaciones familiares adquieren mayor compañerismo. Disminuye o desaparece la “dependencia” del grupo de amigos manteniendo sus amistades, las relaciones son más libres e independientes.

Área Psicológica, La sensación de autonomía debe haberse completado y ser satisfactorio, como la identidad personal y la autoestima deben haber logrado su maduración completa y ser satisfactorias para el individuo. En esta etapa final, debe haberse producido con mayor refinamiento en la concepción de valores morales, éticos, políticos, etc., habiéndose establecido su escala de valores.

Es importante conocer las características de cada etapa del desarrollo del adolescente por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comportamientos de los adolescentes especialmente durante el embarazo, sabiendo que una mujer adolescente que se embaraza tiene un comportamiento que corresponde al momento de la etapa de su vida que está transitando, sin madurar a etapas siguientes por el hecho de estar gestando un bebé²⁰.

Desde el punto de vista psicológico se producen grandes cambios intelectuales. La teoría genética de Piaget determina que en la adolescencia, a partir de los doce años, se adquiere y se consolida el pensamiento de carácter abstracto, que es aquel que trabaja con operaciones lógico-formulas y que permite la resolución de problemas complejos. Este tipo de

pensamientos significa la capacidad de razonamiento, formulación de hipótesis, comprobación sistemática de la misma, de argumentación, reflexión, análisis y exploración.

Los aspectos psicológicos más significativos del adolescente.

Son:

- Inestabilidad emocional
- La autoafirmación
- Atracción por lo sexual
- Preocupación por los cambios físicos
- Ansiedad
- Notables cambios corporales
- Auto afirmación de la personalidad²¹.

En lo social, la autoafirmación le determina necesidades como la búsqueda de su independencia y autoestima. Necesita comprensión para descifrar sus dudas y temores, y es la familia sobre todo los padres son quienes tienen que encargarse de este punto, buscan ser tratados como adultos y ansían ser aceptados. En la escala de valores buscan modelos y están llenos de ideales, creen en la pureza de ellos. Por esta razón es peligroso que tengan modelos a seguir negativos o que estos los puedan defraudar, porque terminan revelándose o retrayéndose en su mundo interior.

Necesita actuar conforme a los valores, si en el medio social y cultural en el que vive; no se encuentra en directa relación, o no está en contacto con valores o ideas y tampoco cuenta con un hogar como modelo a seguir, el adolescente será insensible a dichos valores y puede ser atraído por grupos

que desarrollan comportamientos negativos, donde prevalece la delincuencia, las pandillas, el alcoholismo y drogadicción²².

Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es el estado de general y completo bienestar físico, mental y social, y no la ausencia de patología en todo el ámbito relacionado al aparato reproductor y sus funciones y procesos; es un componente fundamental de la capacidad de los adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad²³.

EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo precoz se define como el que se da dentro de los dos años de edad ginecológica, dentro del tiempo transcurrido desde la menarquia, o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar.

REACCION FRENTE AL EMBARAZO

La adolescente tiene varias reacciones frente al embarazo, como indecisión, miedo, desesperación, alegría, vergüenza hasta reacciones psicológicas traumáticas.

- Vergüenza y temor a la crítica y a que los padres y familiares se enteren.
- Intento autolítico.
- Ignorancia que le conduce al conformismo como un proceso causal.
- Complacer a otro miembro de la familia quedándose con el bebé.

- Ver al bebé como alguien a quien amar, pero no se dan cuenta de la cantidad de atención que requiere la criatura.
- Felicidad, por el compromiso con la pareja.
- Depresión e indiferencia frente al embarazo.
- Se sienten abrumadas por la culpabilidad, la ansiedad y el miedo al futuro²⁴.

FACTORES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Es difícil determinar con exactitud las razones del embarazo adolescente, Las causas son múltiples y se relacionan entre sí²⁵.

a.- Causas predisponentes

- Menarca temprana.
- Inicio precoz de relaciones sexuales.
- Familia disfuncional, bajo autoestima.
- Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente.
- Bajo nivel educativo, pobreza, alcoholismo, drogadicción
- Migraciones recientes con pérdida del vínculo familiar.
- Pensamientos mágicos.
- Fantasías de esterilidad.
- Falta o distorsión de la Información sobre sexualidad.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres.
- Aumento en número de adolescentes.
- Menor temor a enfermedades venéreas.

b.- Causas determinantes

- Relaciones sin anticoncepción.
- Abuso sexual.
- Violación²⁶.

ASPECTOS RELACIONADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE

La maternidad adolescente está condicionada por múltiples factores; de tipo biológico, psicológico y social, entre los que revisten vital importancia los psicosociales.

ASPECTOS ANTROPOMETRICOS

1 Edad

La primera relación sexual ocurre cada vez en estadíos de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el riesgo de un embarazo adolescente²⁷.

2 Etnia

Hay investigaciones que mencionan que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas, pertenecen a un sector de la población de bajos recursos económicos indígena con un menor nivel educativo.

3 Estado civil

La condición de madre soltera y unión libre en que queda la mayor parte de estas adolescentes, es debido a que la pareja en general es un adolescente o joven que no asume su responsabilidad de padre²⁸.

4 Ocupación

La maternidad adolescente provoca una transición ocupacional en la joven, abandonando o modificando aquellas actividades que realizaba en esta etapa del ciclo vital²⁹.

5 Grado de instrucción

Las adolescentes embarazadas tienen pocas probabilidades de continuar sus estudios debido a que algunas instituciones educativas optan por negarles la entrada. Estas chicas que han abandonado los estudios, raramente vuelven a tener oportunidad de retomarlos donde los dejaron. Algunos estudios muestran que a mayor grado de escolaridad y solvencia económica hay menos embarazos en jóvenes³⁰.

6 Lugar de residencia

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos. En relación a las mujeres que viven en el sector urbano, las mujeres del sector rurales se embarazan más jóvenes, ya que existen varios factores que se asocian al embarazo de adolescentes y jóvenes rurales³¹.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

- Búsqueda de apoyo en una pareja
- Adquirir una identidad adulta
- Búsqueda de autoafirmación por medio de la maternidad
- inestabilidad emocional
- Baja autoestima y personalidad débil
- Valores empobrecidos

La mayor repercusión se observa en la esfera personal y social de la adolescente, porque tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación y atraviesa una crisis psicológica como

expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad. La madre adolescente puede sufrir por el esfuerzo de ajustarse a la maternidad y por la pérdida prematura de su condición de adolescente.

Esta ansiedad en la adolescente embarazada puede manifestarse como un estado de inquietud o zozobra, donde tiene la vivencia de un desagradable malestar y angustia indefinida, así como un presentimiento de peligro próximo, vago o indeterminado, lo cual provoca inseguridad y se percibe como amenaza. Los niveles de Depresión alto pudieran estar relacionados con un sentimiento de incertidumbre³²

ASPECTOS SOCIALES

1 Entorno familiar

Según la revista de la CEPAL: La familia tiene una enorme influencia sobre las conductas de las muchachas y es un canal principal para su formación y habilitación como sujetos responsables. Cuando las familias preparan adecuadamente a sus hijos es mucho más probable que las conductas sexuales estén asignadas por la responsabilidad.

2 Entorno de amistad

Las adolescentes pueden verse presionados a tener relaciones sexuales para no sentirse excluidos de su grupo de pares.

3 Medios de comunicación

El mensaje que se trasmite a través de ellos (cine, televisión, radio, internet) a veces distorsionan y reducen la expresión de la sexualidad a manifestaciones cargadas de erotismo, violencia. Se propician actitudes, conductas y estilos de vida donde la responsabilidad, respeto, libertad y amor pierden su real valor en el contexto de las relaciones humanas.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- Abandono de los estudios.
- Parejas que duran tiempos cortos e inestables.
- Sufren discriminación por su grupo social.
- Abortos con compromiso de su vida.
- Abandono del recién nacido.
- Intento autolítico.
- No hay realización personal al no cursar carreras de su elección.
- No se logran empleos permanentes con beneficios sociales.
- Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza³³.

IV. METODOLOGÍA

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

El presente Proyecto se realizó en el Hospital General Provincial de Latacunga, de la Provincia de Cotopaxi, ubicado entre Hermanas Páez y 2 de mayo en el sector sur de la ciudad, y tendrá una duración de 12 meses durante el año 2014.

B. VARIABLES

1. Identificación

- **Variables Independientes:** Aspectos psicosociales del embarazo adolescente, edad, estado civil, etnia, nivel de instrucción, ocupación, lugar de residencia.
- **Variables Dependientes:** Embarazo en la adolescencia, depresión, autoestima, estrés, relación de pareja, educación sexual, condición socioeconómica, edad de inicio de las relaciones sexuales, tipo de familia, presencia de embarazo adolescente en su entorno, uso de algún método anticonceptivo, uso de drogas, intento autolítico.

2. Definición

Variables Independientes

1 Aspectos psicosociales del embarazo adolescente.- Conjunto de características tanto psicológicas como sociales que presenta la mujer adolescente en su periodo de gestación.

2 Edad.- Cada uno de los períodos etéreos en que se considera dividida la vida humana. Nos referimos a la mujer adolescente dentro de su periodo reproductivo.

3 Estado civil.- Clase o condición a la cual está sujeta la vida de cada persona ante la sociedad.

4 Etnia.- Agrupación natural de individuos de igual idioma y cultura.

5 Nivel de Instrucción.- Conjunto de conocimientos adquiridos.

6 Ocupación.- Tarea a la que está dedicada la adolescente.

7 Lugar de residencia.- Es el lugar donde vive y se desarrolla la adolescente.

Variables Dependientes

1 Embarazo adolescente.- Se lo define como el que se presenta dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo que transcurre desde la menarquia o cuando la adolescente aún dependiente de su núcleo familiar.

2 Relación de pareja.- Una relación de pareja es un nexo de amor que surge entre dos personas.

3 Depresión.- Es el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros ha sentido esto, durante períodos cortos. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado.

4 Autoestima.- La autoestima es el resultado de la auto-valoración que un sujeto realiza sobre sí mismo en diferentes ámbitos y en diferentes habilidades.

5 Educación sexual.- Es el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales.

6 Condición socioeconómica.- Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de

la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.

7 Edad de inicio de las relaciones sexuales.- Se refiere a que edad inicio su vida sexual activa.

8 Tipo de familia.- La Familia Inestable: La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos. La familia Estable: La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños.

9 Presencia de embarazo adolescente en su entorno.- Por lo general siempre se repite el patrón, cuando la madre de la adolescente gestante fue madre adolescente, la hija también lo es.

10 Uso de algún método anticonceptivo.- Las madres adolescentes desconocen o tienen información incorrecta sobre anticoncepción.

11 Uso de drogas.- El uso de sustancias ilegales en las adolescentes, puede llevar a un embarazo.

12 Intento autolítico.- Es el conjunto de procedimientos y motivaciones que no están propiamente dirigidas a provocar la muerte, sino que puede ser un llamado de atención, como un medio de demostrar su valentía o ira.

13 Ansiedad.- Se refiere a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano.

3. Operacionalización

VARIABLES	ESCALA	INDICADOR
-----------	--------	-----------

Edad de madres adolescentes	Continua	12 13 14 15 años 16 17 18 19
Estado civil	Nominal	Soltera Casada Unión Libre Divorciada
Nivel de instrucción	Ordinal	Primaria Secundaria Superior
Etnia	Nominal	Indígena Mestiza Blanca Negra Otros
Ocupación	Nominal	Estudiante Empleada Ama de casa Ninguna
Lugar de residencia	Nominal	Urbano Rural
Causa del embarazo	Nominal	Desinformación Falta de afecto Búsqueda de nuevas experiencias Amor Abuso sexual
Embarazo Adolescente	Ordinal	Temprana Media Tardía
Relación de pareja	Nominal	Estable Inestable No específica
Condición socioeconómica	Ordinal	Alta Media Baja

Educación sexual	Nominal	Instituto educativo Familiares o amigos Medios de comunicación
Edad de inicio de la vida sexuales	Continua	12 13 14 15 años 16 17 19
Tipo de familia	Nominal	funcional disfuncional
Presencia de embarazo adolescente en su entorno	Nominal	Madre Familiar Amigos
Uso de algún método anticonceptivo	Nominal	Si No
Uso de drogas	Nominal	Si No
Intento autolítico	Nominal	Si No
Depresión	Nominal	Si No
Ansiedad	Nominal	Si No
Autoestima	Ordinal	Alto Medio Bajo

C. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Se utilizó los Tipos de Investigación, Descriptiva, Longitudinal, Retrospectiva, Observacional.

D. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

El universo lo constituyeron todas las mujeres adolescentes en periodo de gestación de 14 a 19 años, atendidas en el Hospital General de Latacunga en el período Enero – Diciembre del 2014, el estudio cuantifica 265 pacientes. No se excluyó ningún tipo de religión o condición socioeconómica.

En cuanto a los criterios de exclusión nos referimos a embarazadas adolescentes que presentaran alguna discapacidad mental.

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

1. Instrumentos: Autorización al Director del HPGL para realizar la investigación dentro de la institución, Historia clínica, Como único documento válido desde el punto de vista clínico y ley, que es aplicada en todas las instituciones médicas del mundo. Con este instrumento se obtuvo datos clínicos que tengan relación con la situación del paciente, su proceso evolutivo.
2. Encuesta estructurada con el inventario de Depresión y Ansiedad de Goldberg, y el inventario de autoestima de Rosenberg.
3. Variables dependientes e independientes. Toda esta información se mantuvo en absoluta confidencialidad.
4. Se midió la autoestima, ansiedad y depresión que presenta la adolescente en estado gravídico durante su embarazo.
5. Todos los datos recolectados se han tomado con la autorización de cada una de las pacientes.

6. Estas encuestas se realizaron en el Hospital General Provincial de la Latacunga.
7. Se recolectó información bibliográfica sobre aspectos psicosociales en el embarazo adolescente.
8. Los aspectos psicológicos del embarazo adolescente se recolectan a través de consultas: en revistas, libros, folletos, periódicos, internet.
9. Se informó sobre las Principales Características de los aspectos psicosociales en embarazadas adolescentes, a través de charlas, video conferencias, trípticos, carteles.
10. Se evaluó de una forma adecuada e integral a las madres adolescentes, en conjunto con el departamento de psicología, de las pacientes que ingresan al hospital, con el respectivo análisis, evolución y seguimiento de las mismas.
11. Se recolectaron datos informativos acerca de las cuantificaciones y porcentajes, mediante la utilización de hojas de apuntes, encuestas; posteriormente procesarlos y tabularlos, a través de los registros, anotaciones, y luego ingresarlos a programas estadísticos como Excel, y su posterior análisis.

V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

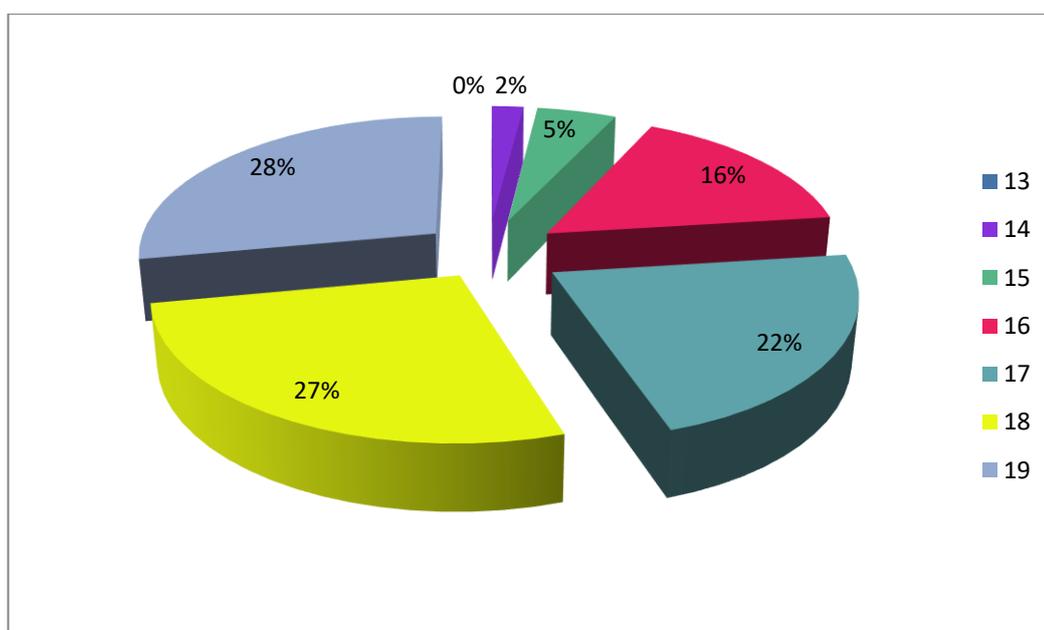
TABLA N° 1. EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
13 AÑOS	1	0%
14 AÑOS	6	2%
15 AÑOS	13	5%
16 AÑOS	42	16%
17 AÑOS	57	22%
18 ANOS	72	27%
19 AÑOS	74	28%
TOTAL	265	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga.

Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 1. EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga.

Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La variable del cuadro y gráfico número 1 nos muestra que la mayoría de embarazadas adolescentes dentro de nuestro estudio son las madres que tienen 19 y 18 años con un porcentaje alto, en el resto de edades el embarazo precoz es menor.

Estos datos hallados son comparables con un estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013 donde indica que el 73% de jóvenes madres están dentro de las edades de 18 a 19 años de edad, y con otro estudio realizado en el Cantón Pedro Vicente Maldonado en el año 2013, donde prevalecen las edades de 15 a 19 años con un porcentaje de 78% de adolescentes que se embarazaron durante este rango de edad, También se relaciona con estudio realizado en la Habana Cuba en el Policlínico Universitario Mártires de Calabazar, en el periodo Enero a Diciembre del 2011, donde las embarazadas adolescentes están en edades de 15 a 18 años con un porcentaje de 96,2% lo que tiene relación con nuestro grupo de estudio donde prevalece la edad de 19 y 18 años seguida de las adolescentes de 17 y 16 años^{18,29,31}.

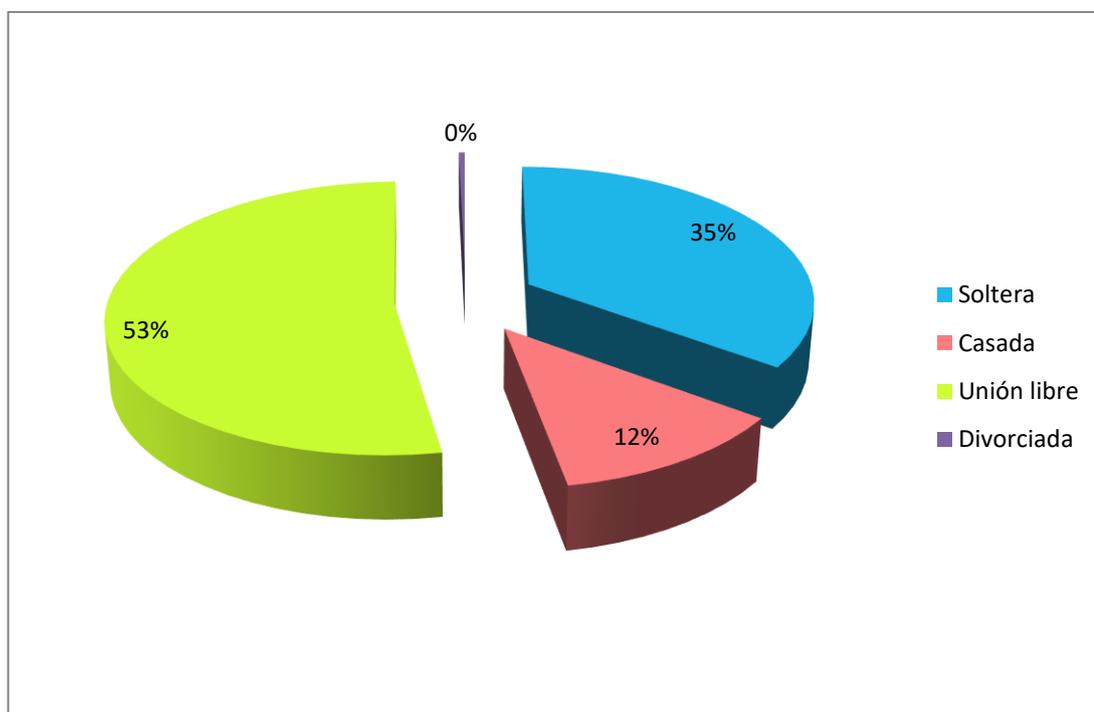
Los resultados de nuestra investigación muestran un elevado índice de embarazos en adolescentes de 19 – 18 y 17 años lo cual es un tanto favorable ya que no hubo embarazos demasiado jóvenes que son de mayor riesgo por el poco desarrollo físico y psicológico que tienen a estas edades.

TABLA N° 2. ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
Soltera	93	35%
Casada	32	12%
Unión libre	139	53%
Divorciada	1	0%
TOTAL	265	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 2. ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico número dos tenemos a 139 pacientes con estado civil unión libre, seguidas de las madres solteras, las casadas y divorciadas son en menor cantidad.

Estos resultados son comparables con un estudio realizado en el Cantón Pedro Vicente Maldonado durante el año 2013 donde prevalece el estado civil unión libre con un porcentaje del 66%, y otro estudio que se realiza en el Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo de Marzo-Agosto del 2012, donde el estado civil unión libre es el que prevalece con un porcentaje de 50% de madres adolescentes^{22,31}.

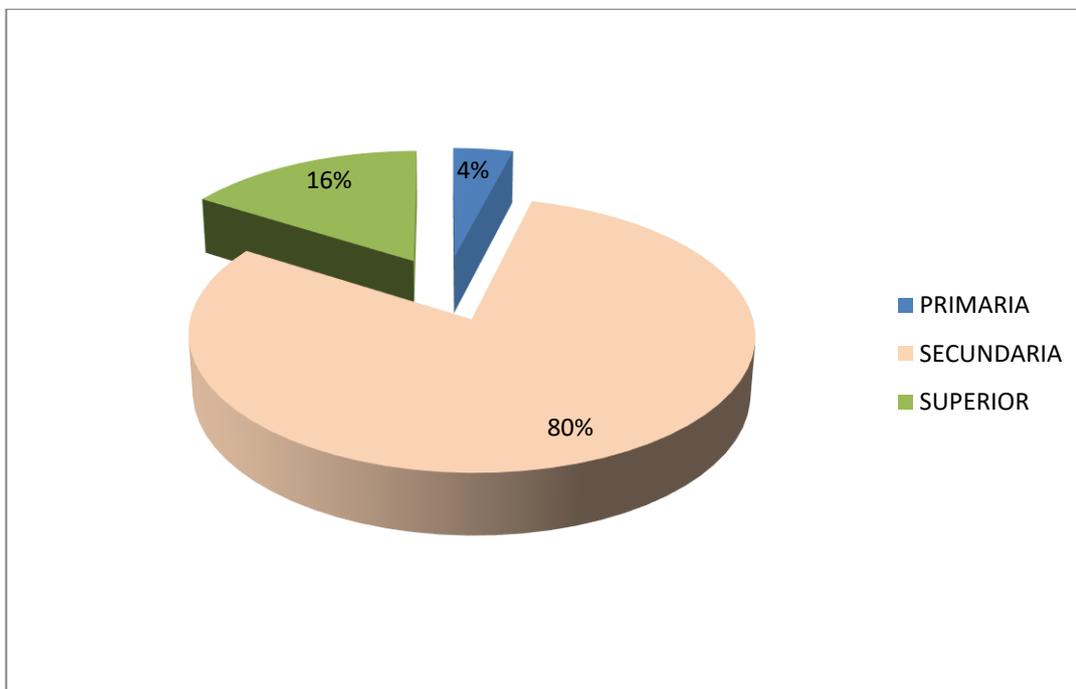
Este es un patrón que se viene viviendo en nuestra sociedad, la mayoría de parejas jóvenes se mantiene en unión libre o solteras, lamentablemente ya no creemos en la familia bien fundamentada y con pesar la responsabilidad de madre y padre lo asumen solas en muchas de las veces, formando a hijos con la ausencia total o parcial paterna y eternizando costumbres que afectan al núcleo familia y a la sociedad.

TABLA N° 3 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
PRIMARIA	11	4%
SECUNDARIA	212	80%
SUPERIOR	42	16%
TOTAL	265	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 3 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En nuestro estudio la variable que corresponde al cuadro y gráfico número 3 nos muestra que el 80% de mujeres embarazadas están cursando la secundaria son las que mayor porcentaje tiene con 212 pacientes, seguido de una minoría que tiene una instrucción primaria y superior.

Los resultados que arrojan nuestra investigación son comparables con un estudio realizados en en el Hospital Pablo Arturo Suárez en el periodo de Febrero a Septiembre del 2012 que muestra que el 86% de adolescentes gestantes tiene un nivel de instrucción secundario, y con un estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor en el periodo de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013 donde demuestran que el 93% pertenece a las adolescentes gravídicas que están cursando la secundaria, y con otro estudio realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo de Marzo-Agosto del 2012, donde refiere que el 62% de adolescentes cursan la secundaria, lo que tiene relación con nuestra investigación^{5,22,29}.

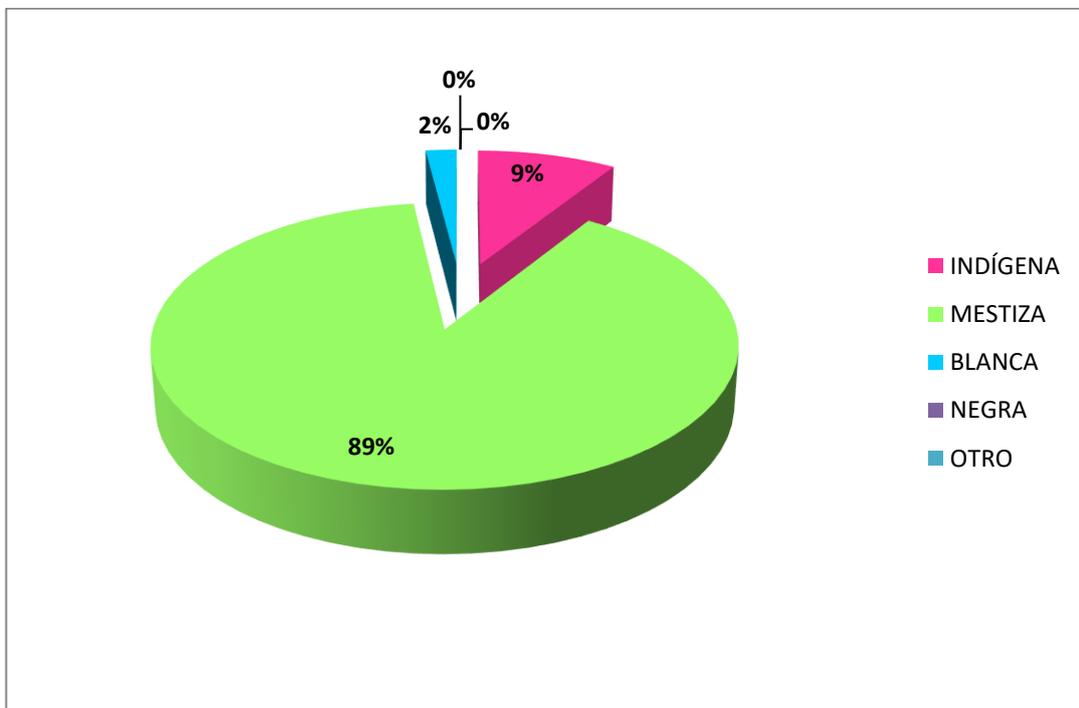
Esto se explica debido a que en nuestro país en los últimos años la educación gratuita y el acceso a la misma ha incrementado, y la reforma de la educación secundaria ha mejorado, donde es prohibido que la joven sea rechazada por su condición gravídica, sin embargo no todas continúan estudiando, siendo alto el nivel de deserción escolar por embarazo.

TABLA N° 4. ETNIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
INDÍGENA	23	9%
MESTIZA	235	89%
BLANCA	7	2%
NEGRA	0	0%
OTROS	0	0%
TOTAL	265	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 4. ETNIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico número cuatro con la variable Etnia, nuestro estudio muestra que el 89% de gestantes adolescentes son mestizas, seguida de un 9% de mujeres indígenas y con una minoría en el resto de etnias.

Este estudio no es comparable con un estudio realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, donde refiere que la tasa de maternidad entre mujeres indígenas y mestizas es cinco veces mayor, según informó la representante en el Ecuador del (Unfpa), Marcia Elena Álvarez. Es decir que de cada hijo que tiene una mujer mestiza, una indígena tiene cinco¹².

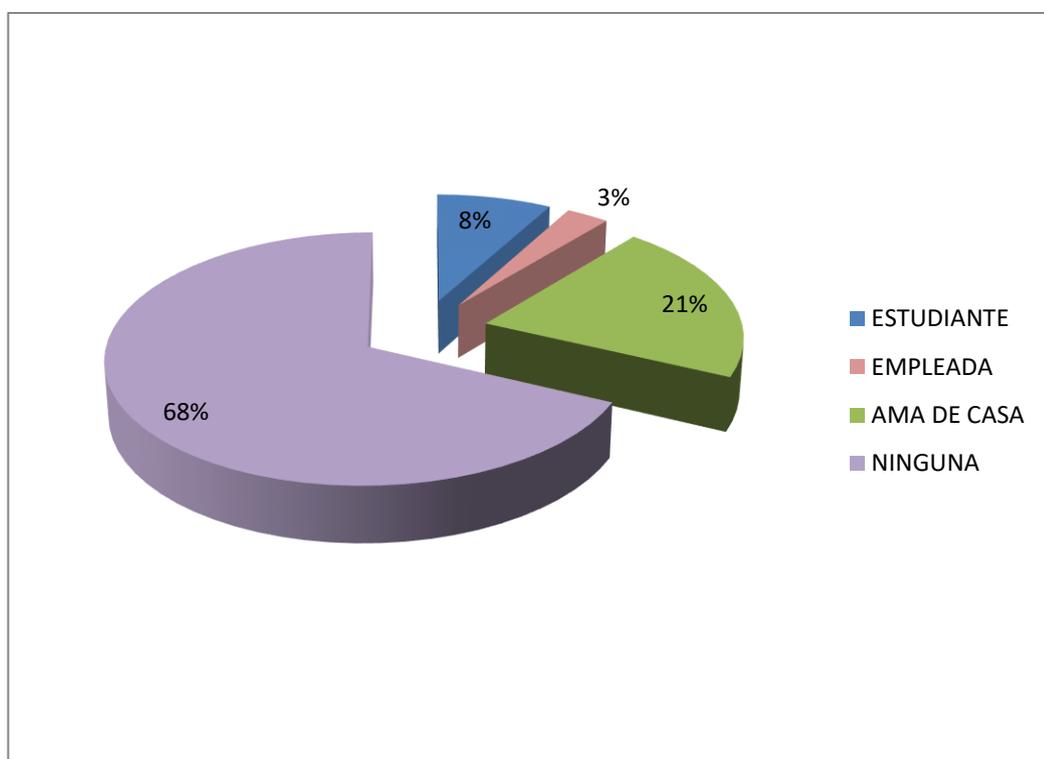
El resultado de nuestro estudio es razonable ya que la mayoría de madres adolescentes que asisten al HPGL a recibir atención son mujeres que se hallan cerca a las instalaciones del hospital y la población que lo rodea es en su mayoría de origen étnico mestizo, y por la gratuidad y la calidad de la atención en los hospitales públicos que ha mejorado considerablemente asisten pacientes de toda etnia y condición social.

TABLA N° 5. OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	21	8%
EMPLEADA	7	3%
AMA DE CASA	57	21%
NINGUNA	180	68%
TOTAL	265	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 5. OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro y gráfico número cinco en nuestro estudio en la variable ocupación nos muestra que 180 pacientes no tienen ninguna ocupación durante el periodo de gestación y representa el 68%, y el 21% que son amas de casa, las estudiantes y trabajadoras son pocas.

Estos resultados podemos comparar con un estudio realizado en el Cantón Pedro Vicente Maldonado durante el año 2013 donde muestra que el 52% de mujeres ni trabajan ni estudian, no se dedican a ninguna actividad lo que es concordante con nuestra investigación donde el 68% de adolescentes no se dedican a ninguna actividad durante el periodo de gestación, También se relaciona con otro estudio realizado en la Habana Cuba en el Policlínico Universitario Mártires de calabazar, en el periodo Enero a Diciembre del 2011, donde el 85% de madres precoces están en la desocupación, el 11% estudian y el 4% trabajan, lo que tiene una concatenación casi exacta con nuestro estudio^{18,31}.

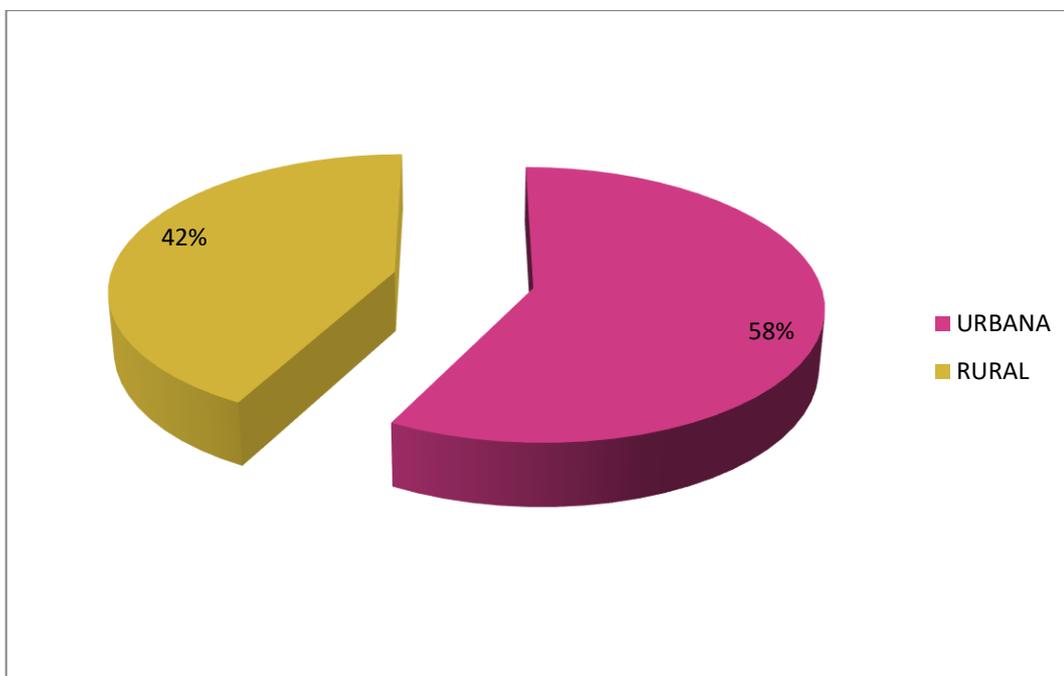
Esto es comprensible ya que la mayoría de madres adolescentes en el momento de la investigación por su estado no se dedican a ninguna actividad en específico, ya que por su embarazo se aíslan totalmente y dejan su vida cotidiana de lado y entre esas sus estudios por vergüenza o por no tener el apoyo de su familia y son escasas las madres que llegan a la universidad, convirtiéndose en amas de casa o en trabajadoras informales.

TABLA N° 6. LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
URBANA	153	58%
RURAL	112	42%
TOTAL	265	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 6. LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De un total de 265 pacientes estudiadas se observa que el 58 % de madres adolescentes pertenecen al sector urbano y que el 42 % restante corresponde al sector rural.

Estos resultados son comparables con un estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor en el periodo de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013 en el que indica que el 73% de adolescentes viven en la zona urbana y el porcentaje restante residen en la zona rural y urbano marginal y con otro estudio realizado en Colegios de Cuenca en el periodo de Enero a Junio en el 2012, donde muestra que del total de embarazadas adolescentes el 72% viven en sectores urbanos y que el 28% de estudiantes adolescentes radican en sectores rurales, lo que es comparable con nuestro estudio ya que la mayoría de pacientes adolescentes gravídicas pertenecen a la zona urbana de la ciudad de Latacunga^{17,29}.

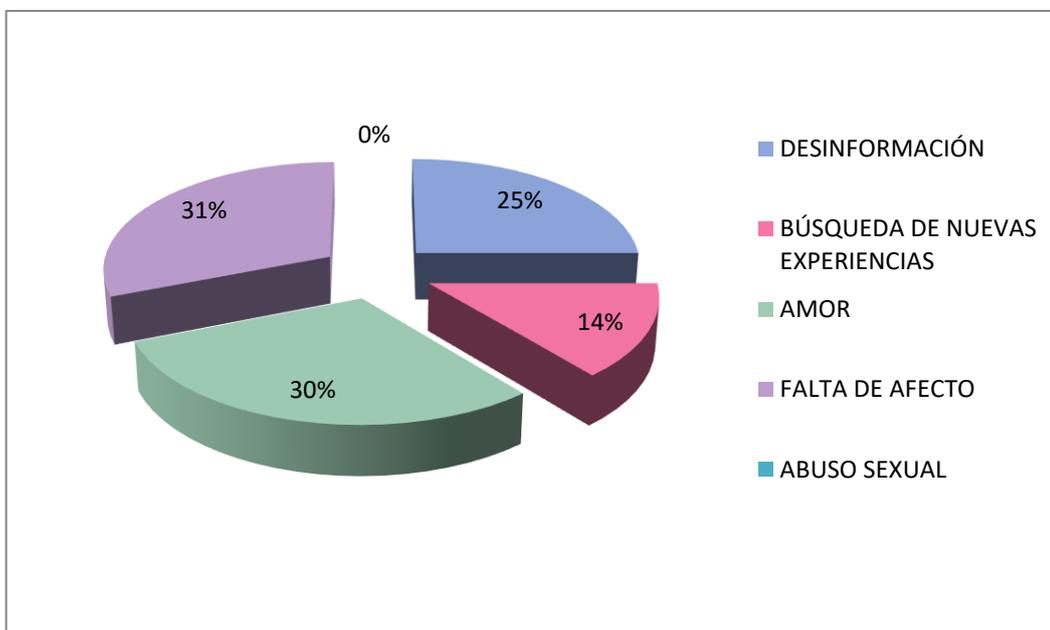
Las madres adolescentes que acuden a recibir atención en nuestro Hospital son pacientes del sector aledaño a su ubicación y por su cercanía, gratuidad y calidad en sus servicios, acuden más personas del sector urbano, y por otra parte gracias al incremento en salud a nivel nacional en los sectores rurales ya pueden recibir una atención adecuada en los centros de salud ubicados en estas zonas.

TABLA N° 7. CAUSA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
DESINFORMACIÓN	65	25%
BUSQUEDA DE NUEVAS EXPERIENCIAS	37	14%
AMOR	80	30%
FALTA DE AFECTO	82	31%
ABUSO SEXUAL	1	0%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 7. CAUSA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES



Fuente: Hoja de recolección de datos.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La variable causa del embarazo nos muestra que el 31% de madres adolescentes se embarazaron por falta de afecto, seguido de un 30% que lo hace por amor a su pareja y en menor cantidad por desinformación y búsqueda de nuevas experiencias.

Esto es comparable con un estudio realizado en el Cantón Pedro Vicente Maldonado en el año 2013, donde prevalece el amor como causa del embarazo que representa el 28%, y con un 19% de madres adolescentes que se embarazaron por desconocimiento, lo que no es comparable con un estudio realizado en el Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo de Febrero a Septiembre del 2012, donde indican que el 28% de adolescentes se embarazan por violencia intrafamiliar, y el 27% de mujeres adolescentes se embarazan por probar madures y feminidad^{5,31}.

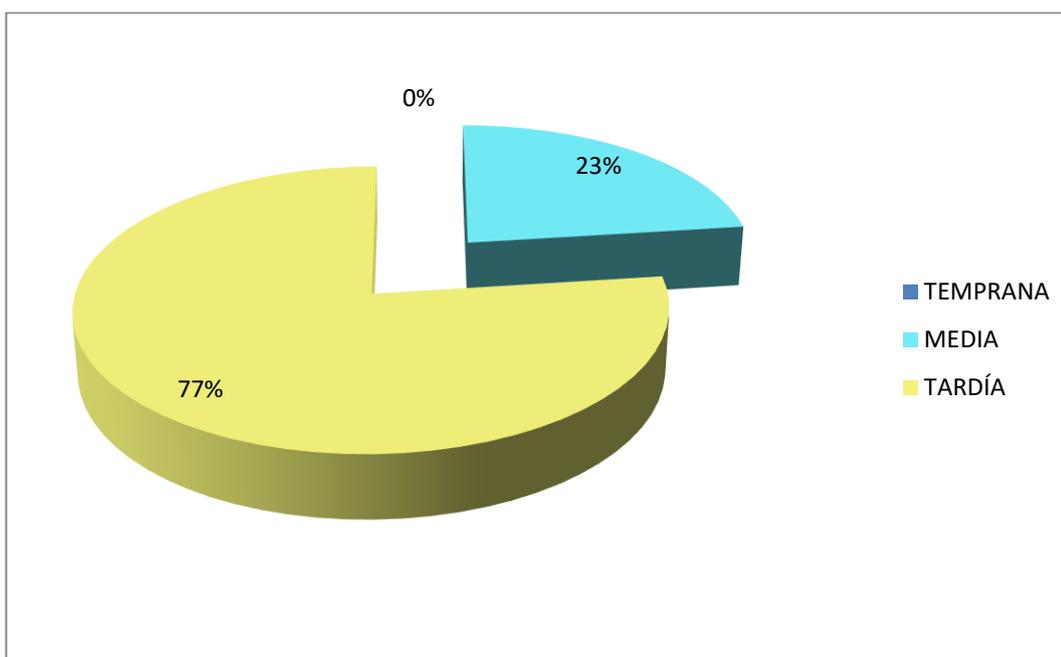
La falta de afecto es la causa más alta de embarazo precoz en nuestro estudio, es preocupante porque esto se arrastra desde el núcleo familiar y se busca ese afecto en el lugar y personas equivocadas y se embarazan supuestamente por amor sumado a la desinformación sobre educación sexual que existe en nuestra sociedad el incremento de embarazos en muestras jóvenes es evidente.

TABLA N° 8. ETAPA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
TEMPRANA	1	0%
MEDIA	61	23%
TARDÍA	203	77%
TOTAL	265	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 8. ETAPA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE



Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De 265 pacientes estudiadas, 203 mujeres se embarazaron durante su adolescencia tardía con un porcentaje del 77% y una paciente de 13 años que se embarazó en la adolescencia temprana.

Esto es comparable con un estudio realizado en Colegios de Cuenca en el periodo de Enero a Junio en el 2012, donde muestra que dentro de las estudiantes embarazadas sometidas a esta investigación el 94% de las adolescentes están dentro de la adolescencia tardía y media¹⁷.

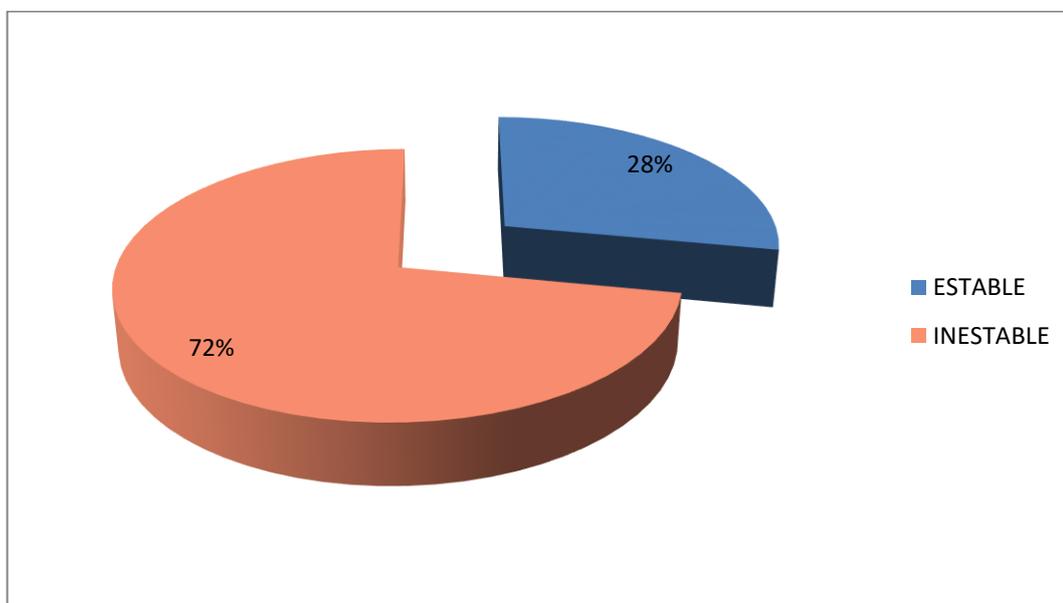
Los embarazos adolescentes en nuestro medio se presentan en la adolescencia tardía y media con mayor prevalencia debido a que en estas edades es cuando más se practican las relaciones sexuales sin la protección ni la conciencia de los riesgos a los que se exponen, como un embarazo temprano no deseado.

TABLA N° 9. RELACIÓN DE PAREJA DE LAS MADRES ADOLESCENTES

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
ESTABLE	74	28%
INESTABLE	191	72%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 10. RELACIÓN DE PAREJA DE LAS MADRES ADOLESCENTES



Fuente: Hoja de recolección de datos.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo con la relación de pareja del cuadro y gráfico número nueve, vemos en los resultados que el 72 % de madres tienen una relación inestable.

Estos resultados se pueden comparar con un estudio realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo de Marzo-Agosto del 2012, donde las pacientes que se encontraron en estado de gravidez tienen una familia disfuncional con un porcentaje de 82% seguido de un 18% que tiene familias funcional, y con otra investigación realizada en el Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo de Febrero a Septiembre del 2012, refiere que las parejas inestables tienen un porcentaje del 53%, y las parejas estables representan el 48%, que correspondería a las parejas estables e inestables^{5,17}.

Con respecto a la estabilidad de pareja en las madres adolescentes de nuestro estudio es comprensible que por su madures emocional y la condición que les acompaña no les permite mantener una relación de pareja estable, son niñas madres que no están listas para manejar tal cambien en sus vidas.

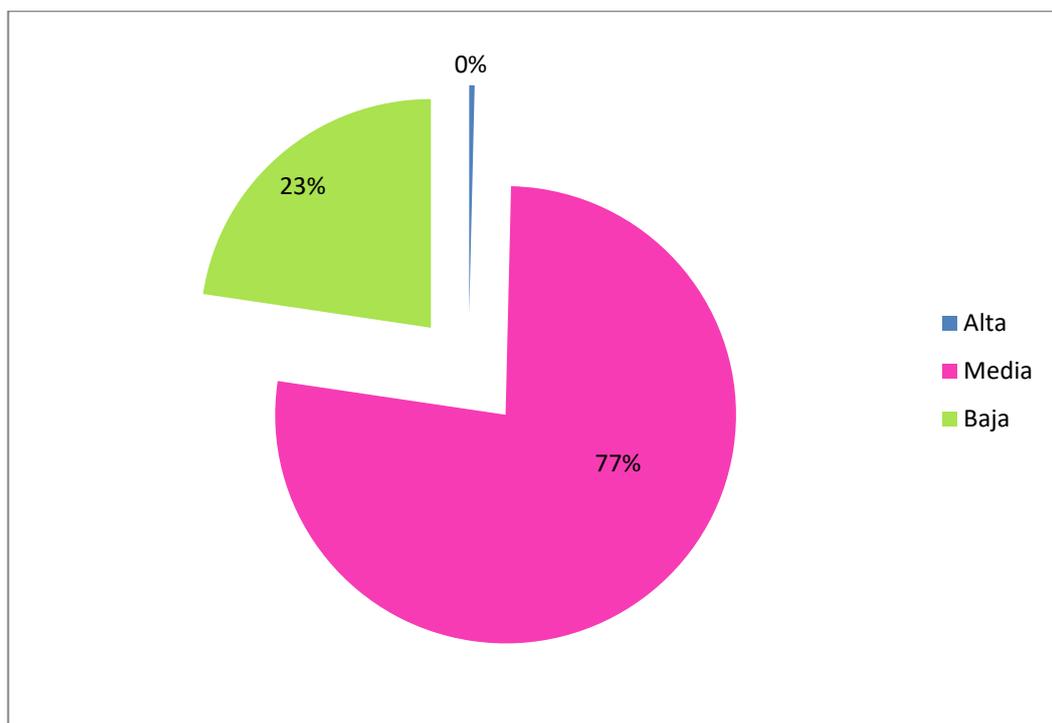
TABLA N° 9. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
-----------------	--------------	-------------------

Alta	1	0%
Media	204	77%
Baja	60	23%
TOTAL	265	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO 10. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo con la variable nivel socioeconómico el 77 % de jóvenes de nuestro estudio corresponde al nivel medio y una minoría al nivel bajo y alto.

Estos resultados son comparables con otro estudio realizados en el Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo Febrero a Septiembre del 2012 el cual menciona que el 75% de adolescentes corresponden a un nivel socioeconómico medio, seguido del 25% de madre que corresponden al nivel socioeconómico bajo y un 0% de mujeres que pertenecen al nivel socioeconómico alto, por lo tanto se comprueba que existe una relación entre la condición socioeconómica y la probabilidad de la maternidad en adolescentes⁵.

Esto es explicable debido a que en nuestro medio el embarazo adolescente prevalece en mujeres de nivel socioeconómico medio por practicar una vida sexual sin responsabilidad y por no tener una adecuada educación sexual con las personas adecuadas.

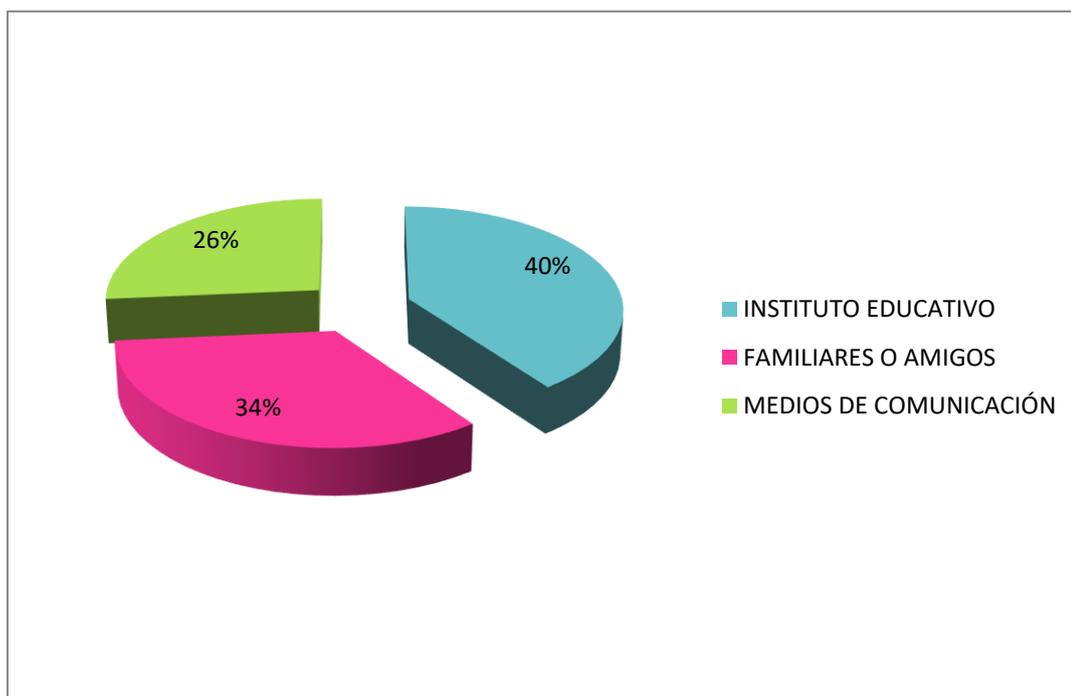
TABLA N° 11. EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
-----------------	--------------	-------------------

INSTITUTO EDUCATIVO	106	40%
FAMILIARES O AMIGOS	89	34%
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	70	26%
TOTAL	265	100%

Fuente: Encuesta Hospital Cotopaxi
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 11. EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Cuadro N° 11
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En nuestro estudio el 40% de madres adolescente recibieron algo de educación sexual en los establecimientos educativos y en menor cantidad por

sus familiares y amigos, y el resto se informan por distintos medios de comunicación.

Esto es comparable con un estudio realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo Marzo – Agosto del 2012 donde nos indica que tan solo el 34.5% de las adolescentes refieren abordar temas de sexualidad con sus familiares. La persona con quien lo hacen con mayor frecuencia es la madre con un 28.6%²².

La educación sexual que se imparte en los establecimientos educativos es precaria nada claros, y la que nos dan nuestros familiares o amigos es pobre o mal infundada, y a la que tenemos acceso de los medios de comunicación no es la más indicada, es la explicación del aumento en el embarazo en nuestras adolescentes, pese a las campañas que se imparten en el país para frenar esta problemática de conocimiento general, no se han logrado disminuir el índice de embarazo precoz hasta la actualidad.

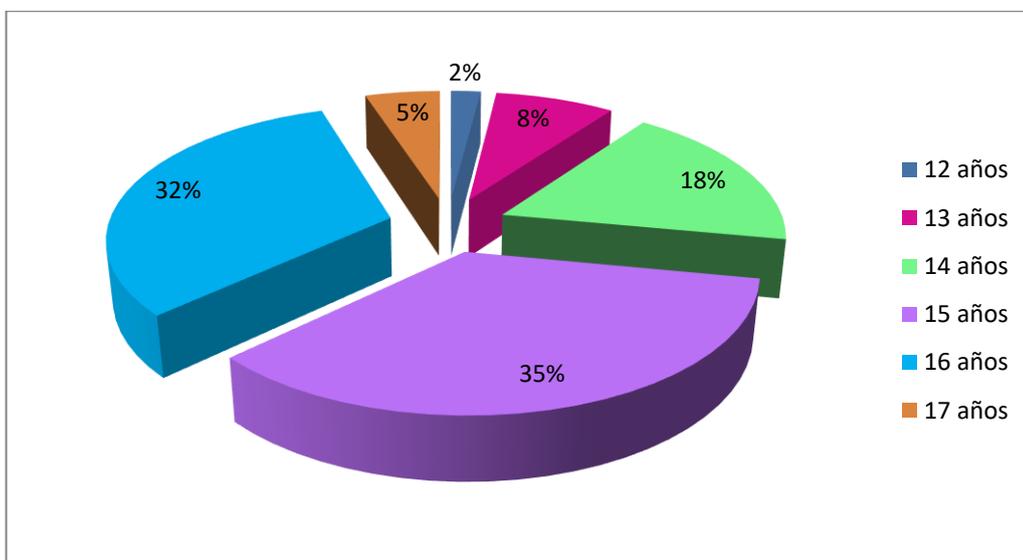
TABLA N° 12. EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
12 años	5	2%
13 años	20	8%

14 años	49	18%
15 años	92	35%
16 años	86	32%
17 años	13	5%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 12. EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Fuente: Hoja de recolección de datos.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El inicio de la vida sexual es mayor en las adolescentes de 14 a 16 años, seguido de las adolescentes de 13 y 17 años que es en menor cantidad,

llamándonos la atención que un 2% de mujeres inician su vida sexual a los 12 años.

Esto es compatible con otro estudio realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo de Marzo-Agosto del 2012 donde refiere que las adolescentes de 14 a 17 años son las que inician su vida sexual activa con mayor frecuencia que representa el 73% de pacientes, lo que no es comparable con un estudio realizado en el Cantón Pedro Vicente Maldonado durante el año 2013 donde muestra que las adolescentes de 10 a 14 años son las que inician su vida sexual con mayor frecuencia con un porcentaje del 59%, seguido de las pacientes de 15 a 19 años con un 41% que inician su actividad sexual^{22,31}.

No existe una edad determinada en que sea apropiado iniciar las relaciones sexuales. Lo más importante es tener un grado de madurez que permita tomar esta decisión en la forma adecuada lo que no sucede con muestras madres adolescentes por lo que el índice de embarazo precoz en mujeres de 14 a 16 años en nuestro estudio es elevado.

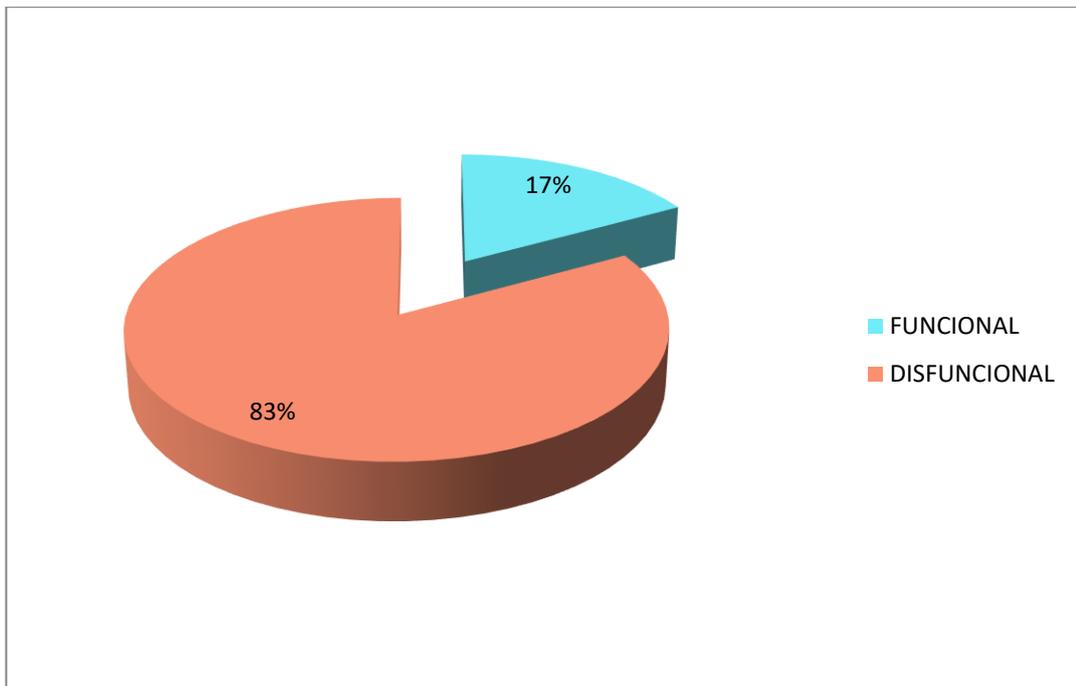
TABLA N° 13. TIPO DE FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
-----------------	--------------	-------------------

FUNCIONAL	46	17%
DISFUNCIONAL	219	83%
TOTAL	265	100%

Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 13. TIPO DE FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Fuente: Historia Clínica del Hospital Provincial General Latacunga
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro número trece nos indica que dentro de la variable tipo de familia tenemos que el 83% de familias de las adolescentes son disfuncionales y el resto viene de familias funcionales.

Esta investigación es comparable con otro estudio realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo en el periodo de Marzo – Agosto del 2012 donde indica que las adolescentes madres viven dentro de familias disfuncionales con un porcentaje del 82% y que el resto de mujeres gestantes tienen familias funcionales y que representa el 20%, y con otro estudio realizado en los Colegios de la Ciudad de Cuenca en el periodo de Enero a Junio del 2012, donde las estudiantes embarazadas investigadas pertenecen a familias disfuncionales con un porcentaje del 73% y con estudiantes que viven con familias funcionales representando el 27%^{17,22}.

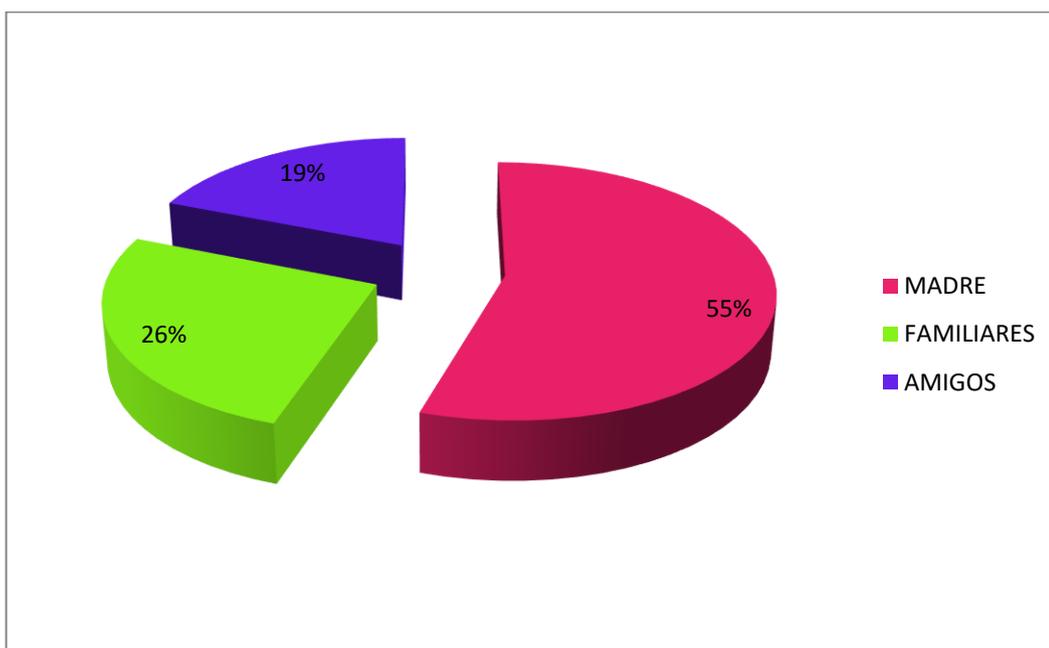
Estos resultados nos indican que la mayoría de adolescentes proviene de familia disfuncionales con padres ausentes, siendo criados y formados por abuelos u otros familiares, desequilibrando a las adolescentes en su estado emocional, lo que les lleva a tomar decisiones equivocadas que en muchas de las veces arrastran a un embarazo precoz no deseado.

TABLA N° 14. PRESENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN SU ENTORNO

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
MADRE	145	55%
FAMILIARES	70	26%
AMIGOS	50	19%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 14 PRESENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN SU ENTORNO



Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La presencia de embarazo adolescente en el entorno de las adolescentes estudiadas es mayor en sus madres y entorno familiar y en menor cantidad en amigos.

Los resultados de nuestro estudio son comparables con una investigación realizada en el Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo de Febrero a Septiembre del 2012 en el que nos muestra que el 56% de las adolescentes estudiadas tiene antecedentes de madres adolescentes, mientras que el 44% han tenido algún familiar con antecedente de embarazo en la adolescencia, señala que la presencia de embarazo adolescente en el entorno de estas mujeres es un factor de riesgo psicosocial de mayor incidencia en embarazo precoz⁵.

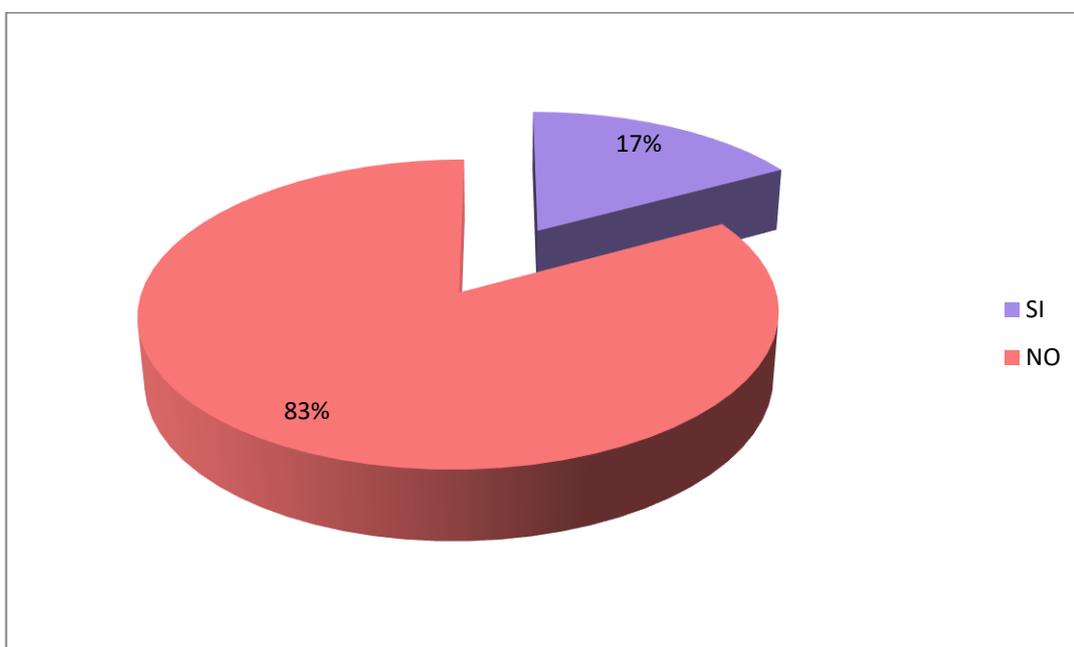
Esto podemos explicar debido a que son patrones que se siguen de generación en generación en nuestra sociedad convirtiéndose en un círculo vicioso y eternizando el embarazo precoz en nuestro medio.

TABLA N° 15. USO DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN MADRES ADOLESCENTES

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
SI	44	17%
NO	221	83%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 15. USO DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN MADRES ADOLESCENTES



Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 83% de madres adolescentes no usaron ningún método anticonceptivo, mientras que el resto si lo utilizo.

Estos resultados de nuestra investigación son compatibles con un estudio realizado en el Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo de Febrero a Septiembre del 2012 en el que nos indican que el 86% de madres adolescentes no usaron ningún método anticonceptivo, mientras que apenas solo el 14% uso, también es comparable con otro estudio realizado en el Cantón Pedro Vicente Maldonado durante el año 2013 en el cual nos informa que el 77% de madres adolescentes no usaron ningún método de anticoncepción, y tan solo el 23% de mujeres usa algún método anticonceptivo^{5,31}.

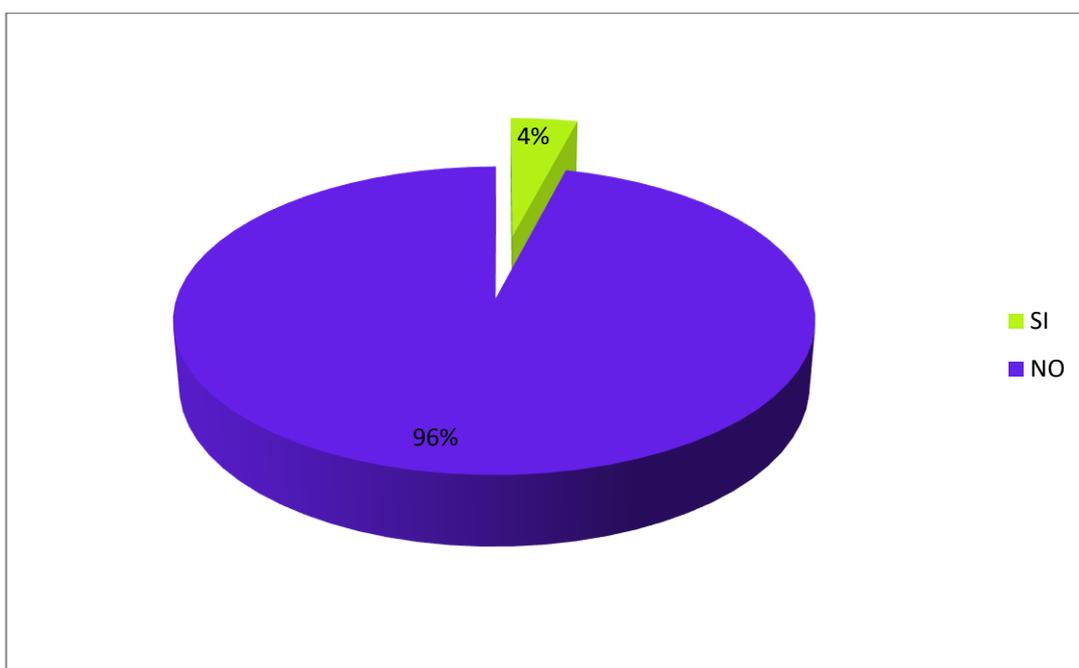
Esto es explicable ya que la mayoría de adolescentes de nuestro estudio no usaron ningún método de anticoncepción una vez que iniciaron su vida sexual activa por la poca orientación que existe en las adolescentes sobre la educación sexual esto es evidente en la atención cotidiana a este gremio de mujeres en nuestro medio.

TABLA N° 16. USO DE DROGAS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
SI	10	4%
NO	255	96%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 16. USO DE DROGAS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE



Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de mujeres estudiadas 255 no usaron ninguna droga durante el embarazo 96% y tan solo 10 pacientes usaron algún tipo de drogas y representa el 4%.

Estos resultados de nuestro estudio podemos comparar con otra investigación realizada en los Colegios de Cuenca en el periodo de Enero a Junio en el 2012, se observa que el consumo de sustancias ilícitas como el tabaco, alcohol y otras, se evidencia en las estudiantes embarazadas en un 15% afirmativo, y el 85% de adolescentes gestantes no han consumido drogas¹⁷.

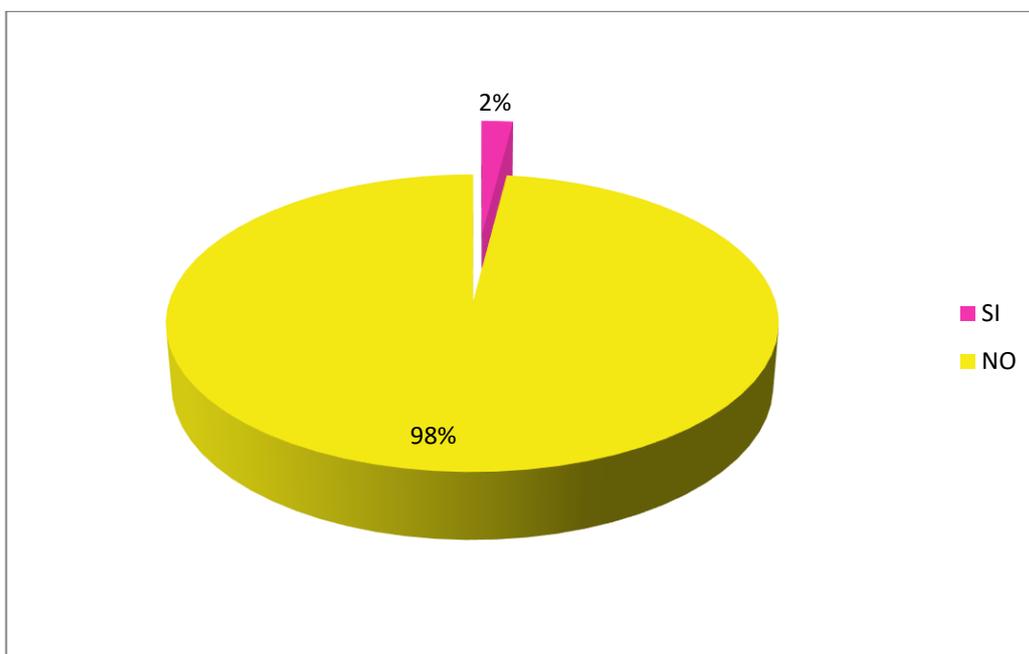
Estos resultados se hallan debido a que la mayoría de adolescentes en estado gestante iniciaron su cuidado y siguen las recomendaciones del médico que no debe consumir ningún tipo de drogas, pero por el fácil acceso a ellas una minoría de mujeres pese a sus estado gestante consumen algún tipo de drogas.

TABLA N° 17. INTENTO AUTOLÍTICO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
SI	6	2%
NO	259	98%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
 Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 17. INTENTO AUTOLÍTICO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE



Fuente: Hoja de recolección de datos
 Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados del gráfico y tabla número diecisiete nos muestran los resultados de la variable intento autolítico con un 98% de madres adolescentes que no atentaron contra su vida y un 2% de adolescentes que intento quitarse la vida.

Según la OMS, el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre los adolescentes de todo el mundo y la primera entre las jóvenes.

La CEPAM Guayaquil indica que una de las principales formas de muerte en nuestras adolescentes es el embarazo no deseado, indica Arévalo. Si ella no tiene con quién conversar, no tiene un referente de padre o madre o vive violencia intrafamiliar, la única salida que encontrará será el suicidio⁷.

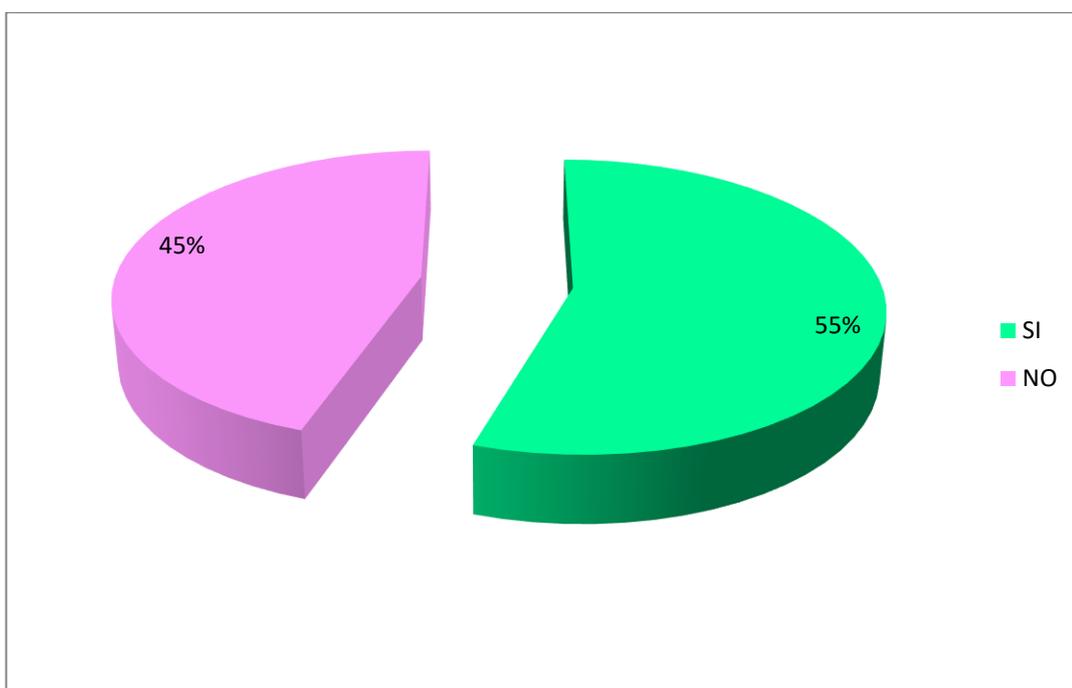
El intento autolítico en este gremio de adolescentes de nuestro estudio es relativamente bajo pero las adolescentes que están sumidas en depresión, ansiedad y baja autoestima son capaces de atentar contra su vida, y no precisamente con el fin de morirse sino, terminar con el embarazo pero hay casos que la adolescente a fallecido.

TABLA N° 18. SUBESCALA DE DEPRESIÓN GOLDBERG EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
SI	146	55%
NO	119	45%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 18. SUBESCALA DE DEPRESIÓN GOLDBERG EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE



Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 55% de madres adolescentes de nuestro estudio sufren de depresión y las mujeres restantes no sufren depresión.

Este estudio es comparable con una investigación realizada en la Habana Cuba en el Policlínico Universitario Mártires de calabazar, en el periodo Enero a Diciembre del 2011 donde señala que el 53% de adolescentes mares tienen una depresión alta,

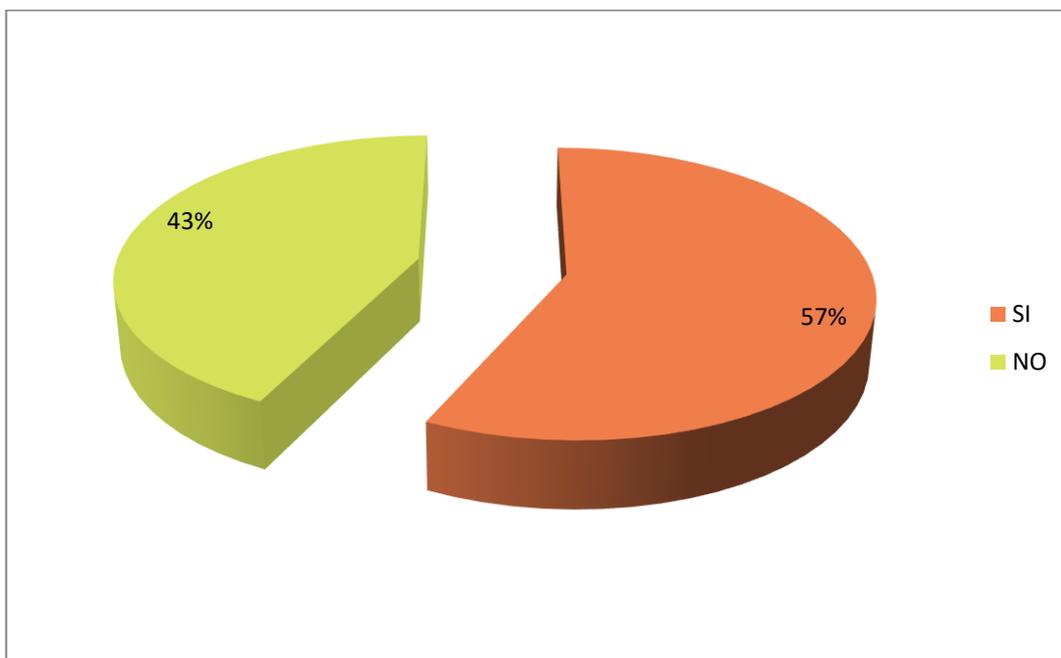
Esto es comprensible debido al estado en el que se hallan y a los cambios que están experimentando estas madres adolescentes, sumados al rechazo muchas de las veces por sus propias familias y la ausencia de su pareja provoca que caigan en estados de depresión.

TABLA N° 19. SUBESCALA DE ANSIEDA GOLDBERG EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
SI	151	57%
NO	114	43%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 19. SUBESCALA DE ANSIEDAS GOLDBERG EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE



Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El cuadro y gráficos número diecinueve nos indican que el 57% de madres de nuestro estudio sufren de ansiedad, y el porcentaje restante no presentan ansiedad.

Este estudio es compatible con otra investigación realizada en la Habana Cuba en el Policlínico Universitario Mártires de calabazar, en el periodo Enero a Diciembre del 2011, donde nos indican que la mayoría de madres adolescentes sufren de ansiedad en un 51% y el porcentaje restante no sufre de ansiedad marcada. La Depresión en menores, se dice que aumenta con la edad y el componente genético es una de sus factores principales, a pesar de que la Depresión se considera una enfermedad crónica, se asegura que “los niños y los jóvenes tienen un cerebro muy plástico y consiguen recuperarse, aunque existe un riesgo importante de recaída”¹⁸.

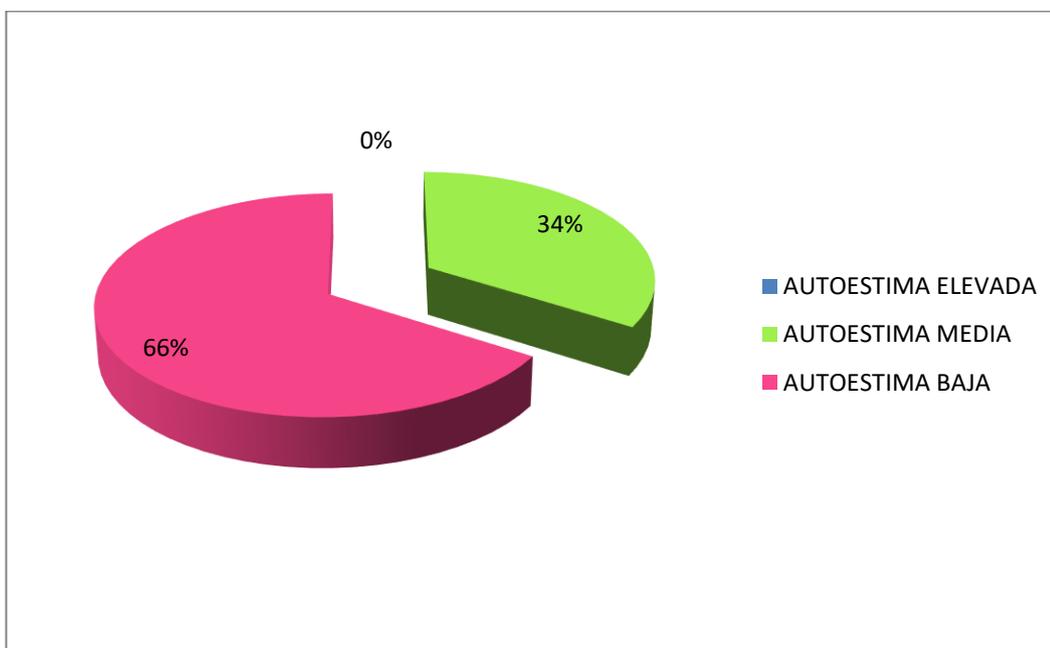
Que las madres adolescentes estén en estado de ansiedad con una sensación de peligro constante es comprensible por todos los cambios que están experimentando a tan corta edad sin estar preparadas para ser madres, porque se enfrentan a un acontecimiento desconocido para ellas.

TABLA N° 20. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG EN MADRES ADOLESCENTES

VARIABLE	VALOR	PORCENTAJE
AUTOESTIMA ELEVADA	0	0%
AUTOESTIMA MEDIA	90	34%
AUTOESTIMA BAJA	175	66%
TOTAL	265	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

GRÁFICO N° 20. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG EN MADRES ADOLESCENTE



Fuente: Hoja de recolección de datos
Realizado por: Margoth Garcés Narváez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 66% de adolescentes estudiadas tienen una autoestima baja, mientras que el resto de madres tienen una autoestima media.

Estos resultados son compatibles con otra investigación realizada en la Habana Cuba en el Policlínico Universitario Mártires de Calabazar, el periodo Enero a Diciembre del 2011, los cuales hacen un estudio y refieren que el 83% de mujeres tienen un auto estima bajo y el resto de mujeres tiene un auto estima media y en menor porcentaje una autoestima alta; Donde señalan que la autoestima está directamente influido por la actitud y conducta de los progenitores ante este evento. Hay padres que les resulta difícil aceptar que su hija/o adolescente este esperando un niño en esa etapa de su vida; por lo que una madre adolescente sin el apoyo familiar es fácil que tenga una autoestima negativa y se aleje de su vida social.

Es comprensible que la autoestima de estas jóvenes este baja porque se sienten fracasadas por la toma de decisiones equivocadas sintiéndose poca cosa, que ya no podrán salir adelante y es más marcada cuando no tienen el apoyo de nadie.

VI. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados que arrojan nuestro estudio y planteándonos el objetivo de identificar los aspectos psicosociales que interviene en el embarazo adolescente, concluimos lo siguiente:

- ❖ La edad que predomina en nuestras embarazadas adolescentes es de 19, 18, 17 años con un porcentaje de 28, 27, 22% respectivamente, esto corresponde a la adolescencia tardía con un 77%, estos son aspectos que influyen directamente en el embarazo precoz porque la mayoría se encuentran cursando estas edades, esto tiene relación directa con el inicio más temprano de la vida sexual activa desde los 12 hasta los 17 años de edad, de las cuales la mayoría pertenecen a la etnia mestiza.

- ❖ Dentro de los aspectos sociales el entorno familiar tiene un papel fundamental en la formación de los hijos, y estas son jóvenes que vienen de familias disfuncionales en un alto porcentaje 83%, son criados por terceras personas las cuales no imparten una adecuada educación sexual y se mal informan por otros medios donde la misma es precaria y mal interpretada, por lo general los embarazos precoces se dan en hijas donde las familias son mal conformada.

- ❖ Las adolescentes gestantes establecen relaciones de pareja inestables, por su inmadurez psicológica en un alto porcentaje 77%, esto desencadena a mantener un estados civiles en unión libre y

manteniéndose solteras sin tener el apoyo de los padres ya que en la mayoría de los casos son de la misma edad enfrentándose a la vida solas, por lo general, creando un círculo vicioso de formar familias disfuncionales.

- ❖ El embarazo adolescente ha estado presente antes en el entorno familiar y social de estas jóvenes ya que son mujeres que en su mayoría provienen de madres adolescentes

- ❖ Durante la gestación las adolescentes se aíslan de toda su vida social y se encierra por el temor al qué dirán, abandonando sus estudios, y en muchas de las veces quedándose con un nivel de instrucción secundario en la total desocupación, dedicadas de lleno atender a su hijo/a, disminuyendo las posibilidades de hacer una carrera universitaria.

- ❖ Por medio de este estudio se verifica la relación directa que tiene la condición socioeconómica media y el lugar de residencia en el área urbana, ya que la incidencia de embarazo precoz en este medio es alta en nuestro país.

- ❖ Las adolescentes mencionan que la causa de su embarazo es por la falta de afecto que no tienen en sus hogares, por amor a sus parejas,

que en estas edades más bien se habla de una ilusión, por la desinformación y la búsqueda de nuevas experiencias.

- ❖ En cuanto al uso de métodos anticonceptivos las madres adolescentes mencionan que el 83% de estas mujeres no utilizó ningún método de anticoncepción, desencadenándose en un embarazo precoz.

- ❖ Dentro de los aspectos psicológicos se presentan un sinnúmero de condiciones negativas en las adolescentes madres, llegan a experimentar ansiedad y desesperanza por que se encuentran solas, piensan que echaron a perder su presente y futuro cayendo en depresión y muchas de las veces son arrastradas a tomar decisiones equivocadas, como el consumo de drogas sin importarles ni ellas y peor la criatura, y en el peor de los casos un intento autolítico que en ocasiones llega a consumarse.

- ❖ La mayoría de madres precoces tienen en autoestima baja y en menor cantidad una autoestima media, por causa de su embarazo, que en muchas de las veces no se da en las mejores condiciones, enfrentando esta condición totalmente solas, por lo tanto su autoestima disminuye de poco hasta convertirse en un verdadero problema que si no se diagnostica pronto puede tener consecuencias fatales.

VII. RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos recomendar lo siguiente.

- ❖ Es indispensable que los profesionales en salud desarrollen estrategias que le permitan abordar a la madre adolescente desde un punto biopsicosocial proponiendo planes, programas de intervención, valiéndonos de las estrategias de promoción en salud y educación que están vigentes en nuestro país, para lograr una atención integral y de calidad incluyendo a la comunidad y fomentando conductas saludables en las embarazadas adolescentes en el aspecto psicosocial.
- ❖ Lo más importante y sin duda, es impartir una buena educación sexual, enseñándoles a los padres de familia que la confianza con los hijos es fundamental para educarlos ya que son los indicados a tocar dicho tema, dando en los colegios y escuelas talleres para padres, con especialistas adecuados que sepan llegar a las adolescentes sin ningún tabú, tocando el tema como algo normal y sin vergüenza alguna.
- ❖ Dentro de la formación en jóvenes es tener pedagogos en sexualidad que sepan abordar a los adolescentes para difundir educación sexual desde el nivel básico (séptimo) y bachillerato para que entreguen conocimientos adecuados y claros a nuestros muchachos, impartiendo valores morales y el amor propio, teniendo claro que son dueños de

sus cuerpos y que solo ellas o ellos tienen la decisión de explorar sus cuerpos.

- ❖ Formar talleres en conjunto con padres, educadores y jóvenes, tratar temas de sexualidad en todas las etapas puberales, mejorar el abordaje a los adolescentes con respeto y sobre todo con naturalidad, crear disciplinas deportivas, arte, manualidades, haciendo un buen escrinin de actitudes y mantener a estos jóvenes ligados a una actividad extra del colegio para distraer la influencia hormonal.

- ❖ Se recomienda extender este estudio en otras áreas de salud y en distintas zonas de nuestro país.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. **Arévalo Ch. Maryuri L.** Algunos factores socioculturales prevalentes en el embarazo adolescente, Microred Hualmay 2012-2013. Tesis. Perú. 2013
2. **Álvarez J. J.** Características del desarrollo de los adolescentes. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas. Granada. Edi 6. No 45. 2010
3. **Barreiro M. Ángel.** Ocupaciones y Roles de las Madres Adolescentes. Universidad de Coruña. 2013
5. **Blázquez M., M. S.** Adolescent pregnancy. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2012. vol. 3 No.1. [en línea] <http://www.medicinasaludysociedad.com>. 2014-03-14
6. **Calvopiña P., A.** Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente. Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas; Quito: UCE. 2012. [en línea] <http://www.dspace.uce.edu.ec/> 2014-02-09
7. **Carballo Shica, G. Lescano Pachamora, E.** Funcionamiento Familiar y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria de la Institución Educativa 0292 Tabalosos. Marzo 2011 y Abril 2012. Tesis Licenciada en Enfermería. Perú: Universidad Nacional de San Martín. Facultas de Ciencias de la Salud. 2012 [en línea] <http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos> 2014-02-09

- 8. Centers of Disease Control and Prevention.** Adolescentes jóvenes (12 a 14 años). Atlanta: CDC. 2014 [en línea]
www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment
2014-02-09
- 7. Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la mujer.**
Suicidio, principal forma de muerte de adolescentes. Guayaquil: Cepam. 2009 [en línea]
<http://cepalmgye.wordpress.com>
- 9. Ecuador: Ministerio de Inclusión Económico y Social.** Agenda para la igualdad de niñas, niños y adolescentes. Ecuador: MIES. 2013 [en línea]
www.inclusion.gob.ec/wp-content/plugins/download
2014-02-09
- 10. Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social.** Habla serio Sexualidad sin Misterio. Quito: MSP. 2013. [en línea]
<http://hablaseriosexualidadsinmis.blogspot.com>
2014-04-08
- 11. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Salud reproductiva. Quito: ENSANUT-ECU 2012 [en línea]
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
2014-04-08
- 12. Fernández Rodríguez, Y. Escalona Aguilar, J.R.** Comportamiento del embarazo en la Adolescencia Policlínico “José Martí”, Gibara. Junio 2009. Chile: Revista Pediatría Electrónica. Vol. 8, N° 1. 2011. [en línea]
<http://www.revistapediatria.cl/vol8num1/3.html>
2015-01-14

- 13. Fondo de Población de las Naciones Unidas.** Maternidad en la niñez enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. New York: UNFPA; 2013 [en línea]
www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf
2014-03-11
- 14. García Mendiola, J. J.** Factores de riesgos biológicos y sociales en los adolescentes del municipio Regla. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. 2013 [en línea]
www.codajic.org/
2014-04-08
- 15. Gamboa Montejano, C.** El Embarazo en Adolescentes: Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. México: Subdirección de Análisis de Política Interior. 2013 [en línea]
www.diputados.gob.mx/s
2014-04-08
- 16. Gispert, C.** Diccionario de Medicina Mosby. México: McGrawHill. 2010
- 17. González, L.** Una Educación en Población para la Juventud Rurales a Nivel Comunitario. Depósito de Documentos de la FAO. Chile. 1994 [en línea]
www.fao.org/docrep/x5633s/x5633s06.htm
2014-03-11
- 18. Guevara P., W.** Prevalencia del Embarazo en Adolescentes y Factores Psicosociales Asociados, Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas. Tesis Posgrado de Ginecología y Obstetricia; Cuenca. 2012 [en línea]
<http://www.ucuenca.edu.ec/>
2014-03-11

- 19. Guridi G. M. Franco P. V. Márquez G., I.** Caracterización Psicosocial De Adolescentes Embarazadas Atendidas en el Área de Calabazar. Revista de Psicología Científica. Habana Cuba: Vol 16; 2014 [en línea]
<http://www.psicologiacientifica.com/>
2014-03-11
- 20. Gutiérrez-Mendoza, L.M. Schwartz, B. José de Jesús Méndez de Lira, J.J. Wirtz, V. J.** Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de Salud Pública en una Ciudad Colombiana. Santiago: Rev. chil. obstet. Ginecol. 2012 vol.77 no.4 [en línea]
<http://www.who.int/bulletin/volumes>
2014-07-10
- 21. Issler, J.R.** Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina. Argentina: Universidad de Corrientes 2001 N° 10 [en línea]
<http://med.unne.edu.ar/revista/tapa.htm#tapas>
2014-07-10
- 22. Krauskopf, D.** El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios: En Adolescencia y Salud, San José de Costa Rica: C.C.S.S, 1 (2) 1999. [en línea]
www.codajic.Org/Sites
2014-07-10
- 22. León, T. A. Litardo, O. A.** Factores Predisponentes para el Embarazo en Adolescentes. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; Cuenca: UC. 2012. [en línea]
www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero/%206/embaradolesc6.htm
- 23. Martínez, López, V.G. Rodríguez Segovia, A. P. Solano Ascencio, A. L.** Principales Factores Asociados a Embarazos en Adolescentes. Universidad de el Salvador. Cuscatlán: US, 2012 [en línea]
www.medicina.ues.edu.sv/index
2014-04-08

- 24. Mejía, R.** Embarazo en la adolescencia, problemas de hoy. México: Medicina Saludable 2014 [en línea]
www.saludymedicinas.com.mx/
2014-07-10
- 25. Noguera O, Herly Alvarado R.** Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. Colombia: Vol. 7, Nº. 7, 2012
- 26. Núñez Rivas H. Rojas Chavarría A.** Revisión Conceptual y Comportamiento del Embarazo en la Adolescencia en Costa Rica, con Énfasis en Comunidades Urbanas Pobres. San José: Revista. Costarricense de Salud Pública. 1998. v.7, n.13
- 27. Organización Mundial de la Salud.** Salud del adolescente: el concepto cubre la condición física y mental de los adolescentes. Washington: OMS 3002
<http://www.paho.org/hq/index>
- 28. Organización Mundial de la Salud** Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias [en línea]
<http://www.paho.org/hq/index>
- 29. Olaya Guzmán R.** Factores de riesgo desencadenantes del trabajo de Parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela De Obstetricia; Guayaquil: UG.2013. [en línea]
<http://www.repositorio.ug.edu.ec/handler/redug/1863>
- 30. Pacheco, C.I. Quintero, F.** Participar para prevenir. Madrid: OIJ; 2012

- 31. Pacheco Maldonado, S.** Factores relacionados con el embarazo Subsecuente y la percepción de las experiencias vividas en las Adolescentes. Universidad San Francisco, Colegio de Posgrados; Quito: USFQ. 2013. [en línea]
<https://www.repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3672>
2014-12-03
- 32. Pineda P., S. Miriam Aliño S.** Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral de la Salud en la Adolescencia: Concepto de Adolescencia. Ciudad de La Habana: MINSAP. 2002 [en línea]
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios
2014-02-10
- 33. Radosinsky, A.** Aspectos psicosociales del embarazo adolescente. Argentina: Rev. Enigma Psi; 2007 [en línea]
www.enigmapsi.com.ar/embarazoyadolesc.htm
2014-02-09
- 34. University of Maryland Medical Center.** Pubertad y adolescencia. Baltimore: Health Medical Spanishency 2013 [en línea]
www.umm.edu/health/medical/spanishency
2014-04-08
- 35. Villagas, T. Duran, C. Bayardo, C.** Relaciones en la Adolescencia: Cambios sociales en la adolescencia. Barcelona: Reeditor. 2011 [en línea]
www.reeditor.com/columna/
2014-02-09
- 36. Weber Estrada, N.** Salud reproductiva y sexual de las adolescentes Del Ebais de Medio Queso, los Chiles. Revista Médica de Salud Pública de Costa Rica y Centroamérica.2011. LXVIII (599) [en línea]
<https://www.google.com.ec/search>
2014-02-09

IX. ANEXOS

ANEXO 1



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
ESCUELA DE MEDICINA

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Objetivo: IDENTIFICAR LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LAS MADRES ADOLESCENTES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y DE CALIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL LATACUNGA EN EL AÑO 2014

HC: **Fecha:** **Responsable:**

INSTRUCCIÓN: Por favor lea detenidamente y elija la respuesta que mejor describa su forma de sentir, encerrándole en un círculo la respuesta que corresponda **sí** o **no**.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Se ha sentido muy excitada, nerviosa o en tensión | Sí | No |
| 2. Ha estado muy preocupada por algo | Sí | No |
| 3. Se ha sentido muy irritable | Sí | No |
| 4. Ha tenido dificultad para relajarse | Sí | No |

Si hay dos o más respuestas positivas continúe respondiendo.

- | | | |
|--|----|----|
| 5. Ha dormido mal, ha tenido dificultad para dormir | Sí | No |
| 6. Ha tenido dolores de cabeza o nuca | Sí | No |
| 7. Ha tenido los siguientes: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea | Sí | No |
| 8. Ha estado preocupada por su salud | Sí | No |
| 9. Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormida | Sí | No |

Continúe respondiendo.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Se ha sentido con poca energía | Sí | No |
| 2. Ha perdido el interés por las cosas | Sí | No |
| 3. Ha perdido la confianza en usted misma | Sí | No |
| 4. Se ha sentido desesperanzada, sin esperanzas | Sí | No |

Si ha respondido afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, continúe respondiendo.

- | | | |
|---|----|----|
| 5. Ha tenido dificultad para concentrarse | Sí | No |
| 6. Ha perdido peso a causa de su falta de apetito | Sí | No |
| 7. Se ha estado despertando demasiado pronto | Sí | No |
| 8. Se ha sentido usted enlentecida | Sí | No |

9. Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas Sí No

INSTRUCCIONES: 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

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás A B C D
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. A B C D
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. A B C D
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma A B C D
5. En general estoy satisfecha de mí misma A B C D
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa A B C D
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada A B C D
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma. A B C D
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. A B C D
10. A veces creo que no soy buena persona A B C D

Marque con una X la respuesta correcta.

1. POR QUE TE EMBARAZASTE: Desinformación___ Falta de afecto___ Búsqueda de nuevas experiencias___ Amor___ Abuso sexual___
2. RELACION DE PAREJA: Estable___ Inestable___
3. EDUCACIÓN SEXUAL: Instituto educativo___ Familia o amigos___ Medios de comunicación___
4. EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUALES:_____
5. PRESENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN SU ENTORNO: Sí___ No___
6. USAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Sí___ No___
7. USO DE DROGAS: Si___ No___
8. INTENTO AUTOLÍTICO DURANTE EL EMBARAZO: Sí___ No___ Por que_____

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (E.A.D.G)

Indicación: instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y la depresión.

Codificación proceso: 300.00 Ansiedad, 311 Depresión (CIE9-MC).

Administración: Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Interpretación: Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son ≥ 4 para la subescala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. el instrumento está diseñado para detectar "probables casos", no para diagnosticarlos

Propiedades psicométricas La escala global tiene una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 %. La subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85,7 %), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66 % de los pacientes con trastornos de ansiedad). La de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72 %), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42 % de los trastornos depresivos).

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
Subescala de ansiedad	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

≥ 4 : Ansiedad probable

Subescala de depresión	Si/No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de la preguntas anteriores, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted entorpecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	

≥ 2 : Depresión probable

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

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	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				