



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**AUTOESTIMA Y CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE, CUENCA
2016**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

**AUTORA: JULIA CRISTINA CAIVINAGUA CAIVINAGUA
C.I: 0104916473**

**DIRECTORA: DRA. BRIGITH VANESSA BORJA ROBALINO
C.I: 0102546504**

**ASESORA: DRA.CUMANDÁ PATRICIA ABRIL MATUTE
C.I: 0102782087**

**CUENCA - ECUADOR
2017**



RESUMEN

ANTECEDENTES: El embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo debido a las repercusiones en la salud de la madre e hijo; psicológicamente pierden la confianza y la valoración hacia sí misma, debido a los cambios en su imagen corporal, falta de apoyo, abandono, censura, aislamiento social que conlleva a cambios en su autoestima y posteriormente depresión (2).

OBJETIVO GENERAL: Determinar el autoestima y características obstétricas en adolescentes embarazadas del centro de salud Carlos Elizalde, Cuenca 2016.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de tipo descriptivo en 126 adolescentes embarazadas, a quienes se aplicó la escala de autoestima de Rosemberg y una encuesta con variables sociodemográficas: edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción y características obstétricas: edad gestacional, uso previo de métodos de planificación familiar, paridad, embarazo planificado. Para la tabulación se aplicó el programa Excel. Los datos fueron presentados en tablas simples con su respectivo análisis descriptivo.

USO DE RESULTADOS: La edad media fue de 17.64, el 50,79% son unión libre, 51,59% son amas de casa, 45.24% posee bachillerato incompleto, el 42,85 % de las adolescentes embarazadas se encuentran entre las 29 y 40 semanas de gestación, 50.79% no usaron ningún método anticonceptivo previo a su embarazo, 82,54% fueron nulíparas, 65.08% refirieron que su embarazo no fue planificado. En las adolescentes embarazadas la autoestima elevada predomina con un 37.30%.

CONCLUSIONES: Se identificó que las adolescentes embarazadas que acudieron al centro de salud Carlos Elizalde cursan su embarazo con autoestima elevado.

PALABRAS CLAVES: AUTOESTIMA, ADOLESCENTES, EMBARAZO, CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE.



ABSTRACT

PRECEDINGS: Adolescence pregnancy is considered high risk due to the impact on the mother and child's health; psychologically the mother loses her trust and self-validation based on physical changes, lack of support, abandonment, censorship, social isolation which lead to low self-esteem and depression.

GENERAL OBJECTIVE: Establish self-esteem and obstetric characteristics of pregnant adolescents from the Carlos Elizalde Health Center in Cuenca in 2016.

METHODOLOGY: A descriptive study was performed with 126 pregnant adolescents who were tested using the Rosenberg esteem scale and a survey on socio demographic variables such as age, civil status, occupation, level of instruction and obstetric characteristics like time of pregnancy, previous use of contraceptive methods, parity and planned pregnancy. To tabulate the data we used Excel and the results were presented using simple charts with its corresponding descriptive analysis.

USE OF RESULTS: Average age used was 17.64, 50.79% have a common marriage, 51.59% are housewives, 45.24% have not completed high school, 42.85% of the pregnant adolescents are between 29 and 40 weeks of pregnancy, 50.79% did not use any kind of contraceptive method before this pregnancy, 82.54% were nulliparous, 65.08% expresses that this was a non-planned pregnancy. We found a 37.30% of high self-esteem among pregnant adolescents.

CONCLUSIONS: During this study it was identified that the pregnant adolescents who got assistance at the Carlos Elizalde Health Center presented a high level of self-esteem during their pregnancy period.

KEY WORDS: SELF-ESTEEM, ADOLESCENTS, PREGNANCY, CARLOS ELIZALDE HEALTH CENTER.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DERECHOS DE AUTOR.....	7
RESPONSABILIDAD	8
AGRADECIMIENTO.....	10
CAPITULO I	11
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
CAPITULO II	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1 LA ADOLESCENCIA.....	15
2.1.1DEFINICIÓN.....	15
2.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	15
2.2.1DEFINICIÓN.....	15
2.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.....	16
2.3.1 NIVEL NACIONAL.....	16
2.3.2 NIVEL DEL AZUAY.....	17
2.4 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	17
2.4.1PSICOLÓGICOS	17
2.5 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES.....	18
2.5.1 Edad.....	19
2.5.2 Estado civil.....	19
2.5.3 Ocupación.....	19
2.5.4 Nivel educativo.....	19
2.6 FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS.....	20
2.6.1 Edad gestacional.....	20
2.6.2 Uso de método de planificación familiar.....	20
2.6.3 Paridad.....	21



2.6.4 Embarazo deseado.....	21
CAPITULO III	22
OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3.2.1 Establecer las características sociodemográficas: edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción.	22
3.2.2 Establecer las características obstétricas como: edad gestacional uso previo de método de planificación familiar, paridad, embarazo planificado.....	22
3.2.3 Determinar la autoestima en las adolescentes embarazadas. .	22
CAPITULO IV	23
4.1 TIPO DE ESTUDIO	23
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	23
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	23
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
4.4.1 Criterios de inclusión.	24
4.4.2 Criterios de exclusión.	24
4.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.(ANEXO I)	24
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	24
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	25
4.7.1 Autorización:.....	25
4.7.2 Capacitación:.....	25
4.7.3 Supervisión:.....	25
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	26
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPITULO V	27
5.1 PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE DATOS	27
5.2 Factores de riesgo individuales.....	27
Tabla N° 1.....	27
Tabla N° 2.....	27
Tabla N° 3.....	28
Tabla N° 4.....	28



Tabla N° 5.....	29
Tabla N° 6.....	29
Tabla N° 7.....	30
Tabla N° 8.....	30
Tabla N° 9.....	31
Tabla N° 10.....	31
Tabla N° 11.....	32
CAPITULO VI.....	33
6.1 DISCUSIÓN.....	33
CAPITULO VII.....	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
7.1 CONCLUSIONES.....	37
7.2 RECOMENDACIONES.....	38
7.2.1 AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA.....	38
7.2.2 A LA SOCIEDAD.....	38
CAPITULO VIII.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
CAPITULO XI.....	41
ANEXOS.....	41
ANEXO I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
ANEXO II. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
ANEXO III ESCALA ROSEMBERG.....	43
ANEXO IV CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	44
ANEXO V ASENTIMIENTO INFORMADO.....	45
ANEXO VI. RECURSOS MATERIALES Y PRESUPUESTO.....	46
ANEXO VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	46



DERECHOS DE AUTOR

Yo, Julia Cristina Caivinagua Caivinagua, autora del proyecto de investigación **“AUTOESTIMA Y CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE, CUENCA 2016”**; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal C de su Reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciado en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implica afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 9 de Marzo del 2017.

Julia Cristina Caivinagua Caivinagua

C.I: 0104916473



RESPONSABILIDAD

Yo, Julia Cristina Caivinagua Caivinagua, autora del proyecto de investigación **“AUTOESTIMA Y CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE, CUENCA 2016”**; certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 9 de Marzo del 2017.

Julia Cristina Caivinagua Caivinagua

C.I: 0104916473



DEDICATORIA

La culminación de este proyecto va dedicada a Dios, a mis padres quienes me dieron la vida, educación, apoyo y consejos.

A mis hermanos por su apoyo incondicional durante cada una de las etapas de mi vida.

A mis sobrinas en lo más pequeñas que fueron supieron brindarme cariño y afecto para crecer como persona y ser un gran ser humano.

A ti Juan por brindarme amor, paciencia y ser mi apoyo incondicional.

Esto no es el final, a lo contrario es el inicio de grandes cosas en una vida futura.

Julia Cristina Caivinagua Caivinagua.



AGRADECIMIENTO

La concepción de este proyecto, está dedicado a todas aquellas personas que, sin duda, son parte de su culminación. Mis sinceros agradecimientos a los docentes de la facultad, quienes me han brindado durante estos años sus conocimientos, enseñanzas, consejos y así permitirme formarme como persona y profesional.

Un grato agradecimiento a mi directora Dra. Brigith Borja y asesora Dra. Cumanda Abril, que por su apoyo, paciencia, esfuerzo y motivación, permitieron la culminación del presente proyecto.

Al Director del centro de salud Carlos Elizalde, por abrirme las puertas gentilmente y permitir realizar el estudio en esta institución.

A mi pequeña familia que día a día me supo dar la fortaleza para seguir en adelante en los momentos difíciles que se fueron presentando, son mi inspiración para seguir cumpliendo mis metas.

Julia Cristina Caivinagua Caivinagua



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La OMS establece que “la adolescencia entre los 10 y los 19 años, es un periodo de grandes cambios físicos, psicológicos, sexuales, sociales y una de las etapas más difíciles para nosotros como seres humanos en donde se busca una madurez psíquica, en la que corremos el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huellas en nuestra vida futura” (1).

El embarazo en adolescentes en la actualidad es un problema de salud pública, pues se ha constituido en una de las causas que afecta negativamente el perfil psicológico de la madre, en gran parte ésta ocasiona cambios en su autoestima durante el embarazo. La autoestima se considera la suma de confianza y respeto por sí mismo, la cual motiva el comportamiento que repercute en la apreciación de la vida, su importancia radica en el hecho de que impulsa a la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos (2) (3).

La autoestima de la madre dependerá de las condiciones en las que se desarrolle el embarazo, la aceptación o rechazo del mismo, caso contrario habrá momentos de confusión, tensión y angustia; pero si la autoestima está en base a sentimientos positivos, ello ayudará a enfrentar y sobreponerse a cada acontecimiento negativo o doloroso. La adolescente embarazada que cursa con autoestima baja tiende a ser vulnerable a sufrir depresión puesto que tienen menos experiencias de vida y por lo general carecen de apoyo tanto de la pareja como de la familia (4).

Las implicaciones más importantes durante el embarazo adolescente están en los contextos psicológicos, demográficos y obstétricos, las cuales desempeñaran un papel fundamental en las oportunidades futuras de las adolescentes ya que pueden desorganizar su vida, educación y relación familiar (4) (5).



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es una condición que mundialmente se encuentra en aumento, debido a que cada vez con más frecuencia aumenta la proporción de adolescentes sexualmente activos. El embarazo y maternidad en la adolescencia temprana son hechos frecuentes y experiencias difíciles que afectan la salud integral, tanto de los padres adolescentes, familiares y la sociedad en su conjunto (6).

La OMS considera que el embarazo en adolescentes es un riesgo de Morbi-Mortalidad materno y neonatal: estimando que 16 millones de adolescentes comprendidas entre los 15 y 19 años de edad dan a luz cada año, el 95 % de estos nacimientos se producen en países en vías de desarrollo, por lo tanto el embarazo en adolescentes es una problemática de salud que representa el 11% de los nacimientos en el mundo (1).

En Latinoamérica se registra la segunda tasa más alta de embarazos después de África Subsahariana, el 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años, presentando mayor incidencia en Nicaragua el 27.7 %, República Dominicana 20% y Ecuador 17 % respectivamente. En los países europeos, el Reino Unido presenta una incidencia de 26 adolescentes embarazadas por cada mil habitantes mientras que en los países bajos hay 4 por cada mil habitantes (7) (8).

De acuerdo a las cifras que maneja el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), durante el 2011 se reportaron 45.708 partos de madres adolescentes en todo el país. De este total de casos 1.817 se dieron en la provincia del Azuay (9).

Por estas razones y por el notable aumento de su frecuencia, se considera que el embarazo y la maternidad es un importante problema psicosocial, ya que esta implica el factor autoestima que comprende cambios en su complejo



proceso de transformación individual que incluye la elaboración de su identidad, la construcción de las bases para su proyecto de vida, las relaciones con el mundo y por lo tanto la redefinición de sus lazos familiares, el reconocimiento de las opciones y restricciones que la sociedad le ofrece (4).

Los riesgos de baja autoestima son mayores si la adolescente no recibe apoyo de la pareja y de su familia, incluso cuando la unión forzada detiene la ampliación de sus experiencias sociales y el desarrollo de destrezas para su autonomía (2).

Con todo lo antes expuesto en ocasiones la joven madre tendrá que dejar de estudiar obstaculizándose su formación y desarrollo intelectual. La falta de educación sexual o su mala interpretación, los embarazos no planificados o el uso previo de métodos de planificación familiar son factores que influyen en la autoestima de la adolescente. Todos estos factores hacen que la adolescente embarazada cambie sus intereses, necesidades e inquietudes propias de su edad para afrontar su futuro (10) (11).

Por ello se ha visto que es de suma importancia realizar la investigación sobre la autoestima en las adolescentes embarazadas.

.



1.3 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescente es una realidad que trasciende el ámbito social, económico y de salud pública, que se ha ido abordado de manera adecuada, oportuna y eficaz, promoviendo la participación del Gobierno local, nacional y la familia. La adolescente impone una sobre adaptación a esta situación que al convertirse en madre asume roles que conllevan a “tareas de adultos”. Su importancia radica en el hecho de que el impacto de los embarazos en adolescentes inicia con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando debido a las condiciones sociales y económicas el cuidado de la salud es inferior a lo ideal, lo cual es determinante en el desarrollo psicosocial. Se ha señalado que las adolescentes con falta de escolaridad, menores expectativas laborales y baja autoestima tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual y a su vez la menor utilización de métodos anticonceptivos.

Podemos afirmar que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia es un impacto bio-psico-social donde es necesario el desarrollo de nuevas estrategias que se encaminen en la autoestima de este grupo vulnerable para garantizar un mejor pronóstico de vida; tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo de nuestra sociedad.

El presente estudio pretende describir las características demográficas, obstétricas y psicológicas que se presentan con mayor incidencia en las adolescentes embarazadas. Es por eso que es importante y primordial la investigación de este tema, ya que en nuestro medio no hay estudios actuales de esta problemática social donde se profundice el cambio psicológico dirigido a la autoestima en la adolescente embarazada. Situación que permitirá fortalecer las estrategias de promoción y prevención del centro de salud Carlos Elizalde.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 LA ADOLESCENCIA.

2.1.1 DEFINICION.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad. En cada una de las etapas se presentan cambios fisiológicos, anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta, no solo de manera individual si no de forma grupal para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptados socialmente (1)(8).

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante, es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida en los aspectos hereditarios, de su estructura y experiencias en la etapa infantil y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en las que se desenvuelve la adolescente. La inestabilidad emocional, el desconocimiento y temor conlleva a que experimenten nuevas vivencias, siendo muy susceptible para tomar una conducta adecuada para su edad (2) (12).

2.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

2.2.1 DEFINICION.

El embarazo en la adolescencia, es la gestación que ocurre entre los 10 y 19 años de edad. Por la edad y las condiciones psicológicas es considerado de



alto riesgo, especialmente en los primeros años de edad ginecológica. A su vez el embarazo implica una serie de complicaciones biomédicas, socioculturales y psicológicas con un elevado costo personal, familiar y social.

Tenemos que considerar que la adolescente, aun no tienen una identidad definida que probablemente dependen emocional y económicamente de su familia y que no han desarrollado maduramente la capacidad de establecer una relación íntima y estable.

La familia tampoco está preparada para este evento ya que la mayoría de veces este acontecimiento no es planificado, por lo tanto no se encuentran en condiciones económicas y emocionales de aceptar que la menor está iniciando una vida sexual activa (2) (13).

2.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

2.3.1 NIVEL NACIONAL.

A nivel de la región andina, el Ecuador, es el país con la tasa más alta de embarazo adolescente, el 46,5% de las madres a nivel nacional tuvieron su primer hijo antes de los 19 años de edad, condición que puede replicarse entre sus hijos adolescentes. En la última década se evidenció un incremento de embarazos adolescentes en un 74% entre los 10 a 19 años y 9% entre los 15 y 19 años de edad a nivel nacional (9).

Durante el año 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes, un 55,3 % de estos partos se registra en la Costa, el 38,4% en la Sierra y el 6,3% en la Amazonia. De los cuales 96,59% ocurrió en mujeres de 15 a 19 años y 3,41% entre los 10 y 14 años. El número de partos entre adolescentes se incrementó en 2,79% en relación al año precedente. En el 2011 el 18% de las madres adolescentes tenía más de un hijo (9).



2.3.2 NIVEL DEL AZUAY.

En la provincia del Azuay se reportaron 1.817 partos de madres adolescentes de los cuales 97,85% se presentó entre los 15 a 19 años y el 2.15% entre los 10 y 14 años de edad. Es importante anotar que en la provincia del Azuay se redujo en el 2.79% el número de partos de adolescentes al comparar con el año 2010.

El 17.31% de todos los partos en la provincia fueron de adolescentes; el porcentaje varió según la ubicación geográfica: en la zona urbana 15.22% y rural el 22.5% (9).

2.4 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

2.4.1 PSICOLÓGICOS

En el embarazo la adolescente presenta: ansiedad ante la sospecha del embarazo, miedo ante su confirmación e inseguridad ante lo desconocido, preocupación por su esquema corporal (cambios propios de la adolescencia, sumados a los del embarazo), inquietud ante la necesidad de comunicar el embarazo negándose a admitir el problema; la mayoría no desea tener él bebe y la nueva situación se convierte en un problema difícil de aceptar. Llevando a una confusión de roles y a la desesperación que conlleva a la pérdida de confianza y autoestima (14).

La autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo. La importancia de la autoestima radica en el hecho de que impulsa a la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos. Se ha demostrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual; entre ellos a que la adolescente embarazada curse con baja autoestima (11).



Hernández en su artículo embarazo en la adolescencia indica que en la mayoría de los casos, la base de toda esta problemática es de orden psicológico, por lo que la baja autoestima es sin duda el factor más señalado y comprobado como agente fundamental y de este nace la inseguridad, el temor al rechazo, disgusto consigo misma, las bajas aspiraciones en la vida o un déficit importante en el nivel del control de emociones. A partir de estas circunstancias deriva la mayoría de conductas de riesgo para el embarazo (2).

Lucero en su estudio “Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas, México 2012” aplicó la escala de Rosenberg valorando el nivel de autoestima y consta de 10 afirmaciones sobre sentimientos que tiene la persona acerca de ella misma, cinco son redactados de forma positiva y cinco de forma negativa evaluando los sentimientos. Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo 4 = muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente, los valores teóricos fluctúan entre 30 a 40 (autoestima alto), 26 a 29 (autoestima moderado), menos de 25 (autoestima bajo) (15).

Lucero revela que de 45 mujeres adolescentes que acudieron a consulta prenatal, el 13,3% poseen autoestima elevada, 86% presentaban autoestima baja, esta se asocia con estructura de personalidad depresiva, timidez y ansiedad la cual influye en aspectos sociales y directamente en su embarazo (15).

2.5 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES.

La menarca temprana ha declinado actualmente alrededor de 12 a 13 años, lo que conduce a que las adolescentes sean precozmente fértiles, otorgando madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo (16).



2.5.1 Edad.

La actitud frente a la maternidad y la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa en la vida por la que transita. Gonzales en su estudio "Identificación de factores de riesgo en la población adolescentes escolar" México 2012, evidenció 62 casos de adolescentes embarazadas que oscilan entre las edades de 13 a 19 años de edad con 86.4 %, la edad media fue de 17 años (17).

2.5.2 Estado civil.

Las parejas adolescentes no están preparadas para formar una familia ya que se caracterizan por ser de menos duración e inestables por la presencia de un hijo que no fue planificado optando una formalización forzada. El Instituto Nacional de Estadística y Censo indica que el 55,8 % unión libre, 20,2 % soltera, 15,7 % casadas, 7,8% está separada y el porcentaje restantes se divorcia o llega a enviudar (16) (9).

2.5.3 Ocupación.

Se ve limitada por su embarazo ya que restringe realizar otras actividades que requieren mayor esfuerzo. En Ecuador, el grupo de ocupación en las adolescentes se presenta con 11,5 % trabajo en centros comerciales, 10,6 % limpiadores o asistentes doméstica, 9,8 % explotaciones agrícolas (8). En México el estudio "Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia" indica que el 92 % se dedican al hogar (17).

2.5.4 Nivel educativo.

El embarazo y la maternidad en la adolescente no solo se limitan al punto de vista biológico, a esto se añade al plano social como la deserción escolar ya que la madre adolescente suele interrumpir o abandonar sus estudios y rara



vez lo reanudan con posterioridad. La educación reduce oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. Según el nivel de instrucción (INEC), en Ecuador la tasa específica de fecundidad adolescente de mujeres con nivel de instrucción primaria es de 17% en comparación con 8,5 % que estudian hasta educación secundaria (9) (10).

2.6 FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS.

2.6.1 Edad gestacional.

Las etapas del embarazo cursan con diferentes cambios psicológicos entre los más comunes: primer trimestre presenta cambios bruscos del humor, experimentan un sentimiento contradictorio respecto a la maternidad e incluso cuando el embarazo ha sido planificado. Segundo trimestre empiezan a soñar con su bebe, se sienten más felices y de mejor ánimo y en el tercer trimestre hay ansiedad ante la llegada del bebé y disminución de sueño. Macola en su estudio “Evaluación de la autoestima de gestantes adolescentes, Brasil 2010”, incluye a todas las mujeres en periodo de gestación, encontrando que entre 13 y 27 semanas presentan cambios en la autoestima (18).

2.6.2 Uso de método de planificación familiar.

La adolescente embarazada carece por lo general de conocimiento y habilidades básicas para tomar decisiones responsables en término de inicio y de protección de su vida sexual, de manera que no está preparada para evitar un embarazo. Según Lucero en su estudio “Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas, México 2012” demostró que el 71.1% no utilizaron métodos anticonceptivos (19) (20).



2.6.3 Paridad.

La adolescente se enfrenta a una confusión de roles y a la desesperación la cual es un problema crítico en esta edad, afirmándose que el temor y la curiosidad son los sentimientos que acompañan constantemente a la primigesta durante el embarazo. Lucero revela que el 75,6% de adolescentes embarazadas en su mayoría son primigesta en comparación con los que cursan con el segundo embarazo (15).

2.6.4 Embarazo deseado.

Persisten brechas entre las necesidades de información y educación sobre la sexualidad y reproducción. Las adolescentes carecen por lo general de conocimientos, habilidades para tomar decisiones y responsabilidad en el inicio y protección de su vida sexual, considerados como factores causantes de un embarazo no deseado representando un riesgo social. Ulloque en su estudio “Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescentes, Colombia 2015” indica que el 80 % de embarazos no son planificados debido a la carencia de efectividad de los programas de salud sexual (21).



CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el autoestima y características obstétricas en adolescentes embarazadas del Centro de Salud “Carlos Elizalde” Cuenca 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1** Establecer las características sociodemográficas: edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción.
- 3.2.2** Establecer las características obstétricas como: edad gestacional uso previo de método de planificación familiar, paridad, embarazo planificado.
- 3.2.3** Determinar la autoestima en las adolescentes embarazadas.



CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, debido a que se pretende recolectar información en un corte de tiempo ya que no se va a manipular las variables, tampoco se influenciara sobre ellas, basado en describir una realidad.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la parroquia Yanuncay, ubicado en las calles Vicente Malo y Paseo del Salado. Perteneciente al Distrito de Salud 01D02 Cuenca Sur.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: El Centro de Salud “Carlos Elizalde” presentó en el año 2015 una incidencia de 266 casos de adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años de edad, datos que sirvieron para el cálculo muestral a utilizarse en esta investigación.

Muestra: La muestra estuvo constituida por 126 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad atendidas en el Centro de Salud “Carlos Elizalde”. El cálculo se obtuvo en el programa epi info con la aplicación de la fórmula de población finita. Los datos ingresados se basaron en la incidencia de adolescentes embarazadas en el año 2015. Se planteó el cálculo de acuerdo a un nivel de confianza del 95%.

- **n= tamaño de la muestra**
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

$$n = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$$



- p = proporción esperada (en este caso $5\% = 0.05$)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).
- $n = 115 + 10\%$ (perdidas) = 126

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Criterios de inclusión.

- Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años atendidas en el centro de salud Carlos Elizalde.
- Adolescentes embarazadas que aceptaron y firmaron el asentimiento y/o consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión.

- Adolescentes embarazadas con discapacidad intelectual moderada y severa.
- Adolescentes embarazadas que presentaron complicaciones graves del embarazo.

4.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.(ANEXO I)

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La recolección de datos se llevo a cabo a través de una encuesta elaborada y validada, junto con la aplicación de la escala de autoestima (Rosemberg). La validación se realizó en una prueba piloto de 30 adolescentes embarazadas, en el centro de salud "Nicanor Merchán" la cual reflejó características similares al lugar donde se ejecutó la investigación.

El instrumento que se utilizó fue una encuesta con las variables a estudiar y la escala de autoestima de Rosemberg (1965), su validación aportó una fiabilidad



de 0.92. Este instrumento es una escala unidimensional compuesta por 10 ítems, la cual fue contestada en escala de Likert cuyas respuestas se sumaron y se validaron con su respectiva interpretación (2) (ANEXO III). Con los resultados se elaboró una base de datos mediante la utilización del programa Microsoft Excel, los datos obtenidos son presentados en tablas con frecuencias y porcentajes previamente tabulados. El análisis se realizó mediante porcentajes.

4.7 PROCEDIMIENTOS

4.7.1 Autorización.

Se realizó la gestión con el Director del Centro de Salud “Carlos Elizalde”, para la correspondiente realización de la investigación a través de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca.

4.7.2 Capacitación.

Previo a la recolección de la información, se obtuvo la capacitación necesaria de la encuesta a través de una minuciosa revisión bibliográfica y la consulta a profesionales para el reconocimiento adecuado de los datos para la investigación.

4.7.3 Supervisión.

Este proyecto de investigación estuvo bajo la Dirección de la Dra. Brighth Borja y Asesor Dra. Cumandá Abril docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Durante el proceso de realización del estudio, los avances fueron analizados para obtener recomendaciones necesarias.



4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se revisó la información obtenida en los formularios desarrollados en la investigación, con el fin de excluir errores de registro antes de continuar con el procesamiento de datos. La información fue ingresada en el programa Microsoft Excel, la misma que se utilizó para la tabulación y el análisis estadístico de las variables procesadas.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó porcentajes y frecuencias simples. En la presentación de resultados se realizó en relación con las variables analizadas.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

La información recolectada fue guardada con absoluta confidencialidad; los datos obtenidos fueron utilizados únicamente para la investigación. Se facultará a quien crea conveniente la verificación de la información. A las adolescentes embarazadas se les solicitó el asentimiento correspondiente así como el consentimiento informado y firmado a los padres de familia (ANEXO IV-V).



CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

5.2 Factores de riesgo individuales.

Tabla N° 1. **Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: Edad. Cuenca 2016.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10-14	1	0,79
15-19	125	99,21
Total	126	100,00

Fuente: Base de datos

Realizado por: la autora.

Se observa que las edades de las adolescentes embarazadas predomina entre 15-19 años con el 99.21% y solo 0.79% entre los 10-14 años de edad.

Tabla N° 2. **Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: Estado Civil. Cuenca 2016.**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	22	17,46
Soltera	40	31,75
Unión Libre	64	50,79
Total general	126	100,00

Fuente: Base de datos

Realizado por: la autora.



El estado civil que predomina es la unión libre con el 50,79%, además el 17,46% son casadas y siendo de menor porcentaje las adolescentes casadas 31,75%.

Tabla N° 3. **Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: Ocupación. Cuenca 2016.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	65	51,59
Estudiante	47	37,30
Otros	14	11,11
Total general	126	100,00

Fuente: Base de datos

Realizado por: la autora.

El 51,59% de adolescentes son amas de casa, el 37,30% son estudiantes y el 11,11% se dedican a otras actividades (comerciante, costurera, estilista entre otras).

Tabla N° 4. **Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: Nivel de Instrucción. Cuenca 2016.**

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato Completo	31	24,60
Bachillerato Incompleto	57	45,24
Educación General Básica completa	13	10,32
Educación General Básica incompleta	10	7,94
Educación Superior Incompleto	7	5,56
Otros	8	6,35
Total	126	100,00

Fuente: Base de datos

Realizado por: la autora.

De todas las adolescentes embarazadas el 45.24% posee bachillerato incompleto mientras el 5,56% presentaron educación superior incompleta.

Tabla N° 5. **Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: Edad Gestacional. Cuenca 2016.**

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
1 – 12	19	15,08
13 – 28	53	42,07
29 – 40	54	42.85
TOTAL	126	100,00

Fuente: Base de datos

Realizado por: la autora.

En relación a la edad gestacional vemos que el 42,85% comprende a gestantes entre las 29 y 40 semanas; y el 15,08 % dentro de las 12 semanas de gestación.

Tabla N° 6. **Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: Uso de anticonceptivos previo al embarazo. Cuenca 2016.**

Anticonceptivo Previo	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivo Oral/Emergencia	24	19,05
Implante	2	1,59
Inyectables	3	2,38
Ninguno	64	50,79
Preservativo Masculino	33	26,19
Total general	126	100,00



Fuente: Base de datos
Realizado por: la autora.

Se puede observar que el 50.79% de las adolescentes no usaron ningún método anticonceptivo, el 26,19 % utilizó preservativo masculino y anticonceptivos orales con 19,05 %.

Tabla N° 7. **Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: paridad. Cuenca 2016.**

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Cero	104	82,54
Uno	20	15,87
Dos	2	1,59
Total	126	100,00

Fuente: Base de datos
Realizado por: la autora.

El 82,54% de las adolescentes fueron nulíparas, mientras que el 15.87% tiene un hijo, el 1.59 % tenía ya dos hijos previos a su embarazo actual.

Tabla N° 8. **Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: Embarazo Deseado. Cuenca 2016.**

Embarazo deseado	Frecuencia	Porcentaje
No	82	65,08
Si	44	34,92
Total	126	100,00

Fuente: Base de datos
Realizado por: la autora.

El 65.08% de adolescentes refirieron que su embarazo no era deseado o planificado.



Tabla N° 9. Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: Autoestima. Cuenca 2016.

Autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima Baja	44	34,92
Autoestima Moderada	35	27,78
Autoestima Elevada	47	37,30
Total	126	100,00

Fuente: Base de datos

Realizado por: la autora.

La autoestima elevada predomina con un 37.30% seguida de autoestima baja con un 34,92%.

Tabla N° 10. Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: Autoestima y Embarazo deseado. Cuenca 2016.

Autoestima	Embarazo deseado					
	No	%	Si	%	Total general	%
Autoestima Baja	38	30.16	6	4.76	44	34.92
Autoestima Moderada	25	19.84	10	7.94	35	27.78
Autoestima Elevada	19	15.08	28	22.22	47	37.30
Total general	82	65.08	44	34.92	126	100,00

Fuente: Base de datos

Realizado por: la autora.

Se observa que en el embarazo no deseado predomina la autoestima baja, mientras que en el embarazo deseado predomina la autoestima elevada.



Tabla N° 11. Distribución de 126 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: edad gestacional - autoestima. Cuenca 2016.

Edad Gestacional	Autoestima						Total	
	Autoestima baja		Autoestima moderada		Autoestima elevada			
	N	%	N	%	N	%	N	%
01 - 12	8	6.35	2	1.59	9	7.14	19	15.08
13 - 28	23	18.26	16	12.70	14	11.11	53	42.07
29 - 40	13	10.31	17	13.50	24	19.04	54	42.85
TOTAL	44	34.92	35	27.79	47	37.29	126	100

Fuente: Base de datos

Realizado por: la autora.

De acuerdo al análisis edad gestacional - autoestima, se identificó que en el tercer trimestre (19.04%) cursan con un autoestima elevada, mientras que en el segundo trimestre (18,26 %) cursan con autoestima baja.



CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

En el presente trabajo se observó claramente que la edad que predomina en las adolescentes embarazadas es de 15 a 19 años con una media de 17,64 (desvió estándar de $\pm 1,26$), encontrándose una adolescente menor a esta edad, lo que se corrobora con el estudio realizado en México donde se pudo constatar la misma distribución, con una edad promedio de 17 años. Se conoce que a nivel de Latinoamérica el promedio de inicio de vida sexual activa oscila entre los 13 años aproximadamente, podríamos decir que, si bien se inicia a temprana edad, no es sino hasta aproximadamente a cuatro años después que se producen los embarazos (12).

Referente al estado civil de las adolescentes embarazadas la mayoría se mantienen en unión libre (50,79%), mientras que el 31,75% son solteras, lo cual es coincidente con las estadísticas nacionales que refieren que las adolescentes con al menos un hijo nacido vivo se mantienen, 55,8 % unión libre, 20,2 % soltera, 15,7 % casadas, 7,8% está separada y el porcentaje restantes se divorcia o llega a enviudar (16). Cabe preguntarnos si es que este índice de unión libre, es debido a la propia voluntad de las adolescentes y a sus respectivas parejas o a influencias externas, ya que como sabemos, la adolescencia no es una edad “madura” para un matrimonio y la procreación por diversos aspectos desde los fisiológicos hasta los económicos y sociales, lo cual vendría a conllevar a una decisión de preferir la unión libre o incluso la misma soltería.

En Ecuador, el grupo de ocupación en las adolescentes se presenta con el 11,5% trabajan en centros comerciales, 10,6 % limpiadoras o asistentes domésticas, 9,8 % explotaciones agrícolas (INEC, 2011) (8). En México el estudio “Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia” indica que el 92 % se dedican al hogar; en el presente estudio se pudo observar que el 51,59% de adolescentes son amas de casa, lo que nos indica



que han abandonado sus estudios ya sea de bachillerato o de tercer nivel y el 37,3% aún mantienen sus estudios (17). Estos valores locales son discordantes a los de nivel nacional, si bien es difícil comparar una muestra nacional con una local, deberíamos obtener resultados similares, pero más bien la realidad se asemeja al estudio de México donde también la gran mayoría se dedica a su hogar. Esto es un indicador negativo lamentablemente debido a que las adolescentes han abandonado sus estudios, dejando inconcluso su bachillerato o su carrera de tercer nivel, lo cual dificultará un desenvolvimiento laboral, ya que en la actualidad los requerimientos para trabajar son más exigentes ya no solo solicitando bachillerato, si no títulos de tercer nivel o incluso de cuarto nivel o especialidad en las diferentes carreras existentes, lo que provocará que dicho núcleo familiar no pueda contar con lo necesario por la falta de un ingreso económico adecuado y digno para subsistir, desembocando en una problemática diversa con impacto negativo en todos los aspectos sociales, culturales, de formación, etc., de dicha familia.

Según el nivel de instrucción, en Ecuador la tasa específica de fecundidad adolescente de mujeres con nivel de instrucción primaria es de 17% en comparación con 8,5 % que estudian hasta educación secundaria, en el presente trabajo se observó que de todas las adolescentes embarazadas el 45.24% posee bachillerato incompleto, lo cual se corrobora con lo anteriormente mencionado de la ocupación de las adolescentes, la gran mayoría deserta de sus estudios; solamente el 24.6% terminaron el bachillerato, esta diferencia en relación a los datos nacionales puede deberse a que existe aún el apoyo hacia las adolescentes por parte de sus progenitores, es ya una realidad conocida que los padres suelen ayudar a sus hijas/os mediante el aporte económico, cuidado del embarazo y a posterior del producto del mismo, para que puedan terminar sus estudios (9) (10).

Macola en su estudio “Evaluación de la Autoestima de Gestantes Adolescentes, Brasil 2010”, incluye a todas las mujeres en periodo de gestación, encontrando que entre 13 y 27 semanas presentaron cambios en la autoestima, mientras que en el presente estudio el 42.85 % de las



adolescentes embarazadas se encuentran entre las 29 y 40 semanas, al igual que el 42,07% se encuentra entre las 13 y 28 semanas siendo poca la diferencia. Se realizó un análisis de la edad gestación con la autoestima, donde se evidencia que las adolescentes embarazadas durante el tercer trimestre cursan con autoestima elevada, pero en el segundo trimestre presentaron autoestima baja. Estos cambios pueden deberse a múltiples factores ya que adoptan un aspecto positivo hacia la maternidad, presentando seguridad, tranquilidad, felicidad sin dejar atrás la sensibilidad y el miedo que están presentes durante este periodo.

Se pudo observar claramente que el 50.79% de las adolescentes no usaron ningún método anticonceptivo previo a su embarazo, seguido de un porcentaje de alrededor del 20% que usaron preservativo masculino lo cual es concordante a lo realizado por Lucero en su estudio "Autoestima y Depresión en adolescentes embarazadas, México 2012" demostró que el 71.1% no utilizaron métodos anticonceptivos (15). La diferencia entre estos dos estudios es un 20%, lo cual puede explicarse a los programas de planificación familiar que lleva el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con un amplio acceso no solo a adultos sino también a adolescentes, con la consigna de tratar de disminuir la incidencia de embarazos en este grupo etario ya que se consideran de alto riesgo.

Lucero revela en su estudio que el 75,6% de adolescentes embarazadas en su mayoría son primigesta en comparación con los que cursan con el segundo embarazo, algo muy similar se observa en esta investigación donde el 82,54% de las adolescentes eran nulíparas, pero existe un 15.87% que ya poseían un hijo anterior (15).

Ulloque en su estudio "Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescentes, Colombia 2015" indica que el 80% de embarazos no son planificados, debido a la carencia de efectividad de los programas de salud sexual en este país, mientras que en esta investigación de todas las adolescentes estudiadas, el 65.08% de ellas refirieron que su



embarazo no era deseado o planificado (21). Se observa que igual que en Colombia es alta la incidencia de embarazo no planificado, pero con un 15% menos en nuestro medio, tal vez aquí si hay “algo” de impacto de los programas de salud sexual y reproductiva que mantiene el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, pero aún falta promoción y prevención.

Lucero en su estudio “Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas, México 2012” revela que de 45 mujeres adolescentes que acudieron a consulta prenatal, 13,3% presentaron autoestima alta y el 86 % presentaron autoestima bajo (15). En el actual estudio se observa con poca diferencia que en las adolescentes embarazadas la autoestima elevada predomina con un 37.30% seguida de autoestima baja con un 34,92% y 27,78% fueron de autoestima moderada. Sin duda que en nuestros resultados existe la autoestima elevada en las adolescentes embarazadas, lo que contrasta con los porcentajes del estudio en comparación. Esto puede deberse a que hoy en día se promueve una mejor relación entre padres e hijos, lo cual conlleva a un apoyo de los padres hacia los adolescente en esta etapa que viven, además debemos tomar en cuenta que se promueve tanto a nivel social como a nivel de los servicio de salud un trato no discriminatorio hacia las usuarias, lo que podría ser un factor que conlleve a mejorar el autoestima de las adolescentes.



CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados se concluye que la edad de las adolescentes embarazadas oscilan entre los 15 a 19 años con un media de 17,64 años, lo cual indica que todo embarazo a temprana edad está asociada con el fracaso escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social, pobreza, situación que se ha dado por la deficiente información sobre la sexualidad y desconocimiento de los métodos anticonceptivos. De todas las adolescentes embarazadas la gran mayoría opta por la unión libre, debido a que no está psicológicamente y emocionalmente preparadas para formalizar una relación estable, prefieren convivir con su pareja antes de tener un compromiso legal que en muchas ocasiones no llega a funcionar y están expuestas a separaciones.

Con respecto a la escolaridad, las adolescentes embarazadas tienden a abandonar sus estudios, ya sea por su estado de gestación o por su inmadurez psicológica para afrontar el rol maternal ocasionando que su futuro bebé no tenga una mejor calidad de vida y a su vez menos ingresos económicos, conllevando a que las adolescentes embarazadas realicen actividades en su hogar.

Se concluyó que la edad gestacional más frecuente fue entre las 28 y 40 semanas y a su vez fue el grupo que presentó autoestima elevado. Las adolescentes no usaron métodos anticonceptivos previos a su embarazo, ya sea por falta de información o el mal uso de los mismos, coincidiendo en el hecho de que la gran mayoría de embarazos no eran deseados. También se evidencio que las adolescentes en su gran mayoría son nulíparas.



Los resultados sobre el autoestima en las adolescentes embarazadas revela que 37.30% presentó autoestima elevada, lo cual indica que a pesar de las circunstancias de las mismas pueden estar recibiendo apoyo de parte de sus padres, familiares o pareja, así como la comprensión que se brinda en los establecimientos educativos y al impacto positivo de las políticas inclusivas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

7.2 RECOMENDACIONES

7.2.1 AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA.

- Promocionar los servicios de salud sexual y reproductiva por los diversos medios de comunicación para abarcar de mejor manera a todas las poblaciones en especial a las adolescentes.
- Fortalecer la información y asesoría con énfasis en sexualidad, salud sexual y salud reproductiva para prevenir embarazos no planificados.

7.2.2 A LA SOCIEDAD

- Mejorar el vínculo comunicacional entre padres e hijos para fortalecer la confianza.
- Promover las buenas relaciones interpersonales entre adolescentes a través de charlas, foros, grupos focales, especialmente en aquellos que inician la educación básica, para así promover el cuidado en el tema de sexualidad.



CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización mundial de la salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. Ginebra: OMS; [actualización 2014 septiembre; citado 2016 septiembre 7]. disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/#>.
2. Mora A. Hernandez M. Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual. Perinatología y reproducción humana. 2015; vol 29 (2): 76-82.
3. Velásquez J. Embarazo en la adolescencia [internet]. Guatemala: Dirección de salud y bienestar; [2012 Octubre; citado 2016 septiembre 7]. Disponible en: http://munisalud.muniguat.com/2012/09oct/estilos_saludables03.php.
4. Vanegas H, Mellado C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. 2009 vol 9 (1): 93-105.
5. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. 2012; vol 7 (7): 151-160.
6. Cogollo R. Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. Programa de enfermera UDES. 2012; vol 6 (10): 385-393.
7. UNICEF. Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina y el Caribe [internet]. USA: Unicef; [actualización 2012 agosto; citado 2016 septiembre 7]. Disponible en: <http://www.unicef.org/lac/media.html>.
8. Sandoval N. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Revista Médica Hondureña. 2011; vol 79 (2): 68-72.
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Más de 122 mil madres son adolescentes [internet]. Ecuador: INEC; [2011 julio; citado 2016 septiembre 7]. disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/index>.
10. Ramírez J, Gómez C, et al. Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. Medicina universitaria. 2013; vol 15 (59): 3-9.
11. Ceballos G, Camargo K, et al. Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas. Revista de psicología universal de Antioquia. 2011; vol 3 (1): 10-23.
12. Álvarez C, Pastor G, et al. Motivaciones para el embarazo adolescente. 2012; vol 26 (6): 497-503.
13. Banco A, Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10



a 19 años que acuden a su control prenatal. Salud publica Boliviana. 2013; vol 60 (24):13-40.

14. Sainz K, Chávez B, et al. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Educación en investigación de salud. 2013; vol 20 (1): 25-27.

15. Jiménez L, Juárez M, et al. Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas. Desarrollo científico de enfermería. 2012; vol 20 (2): 42-45.

16. Mendoza W, Subiria G. Embarazo en la adolescente. Med Exp Salud Pública. 2013; vol 30 (3): 471-479.

17. Gonzales J, Salamanca J, et al. Identificación de factores de riesgo en la población adolescente escolar. Salud pública. 2012; vol 14 (3): 404-416.

18. Macola L, Nogueira I, Carmona E. Evaluación de autoestima de gestantes con uso de la escala de Rosemberg. Escuela de enfermería de USP. 2010; vol 44 (3): 570-577.

19. Wiley J. Estrategias educativas breves para mejorar el uso de anticoncepción en adolescentes. 2016; vol 30 (3): 2-7.

20. Delgado A, Suarez L, et al. Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. 2011; vol 10 (16): 60-70.

21. Ulloque L, Monterrosa A, Arteta C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en restantes adolescentes. Obstetricia y Ginecología. 2015; vol 80 (6): 462-474.



CAPITULO XI

ANEXOS

ANEXO I. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Años	Años cumplidos.	1.- 10 a 14 años 2.- 15 a 19 años
Estado civil	Condición legal que establece la situación jurídica con su pareja.	Relación legal.	Tipo de estado civil.	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Unión libre
Ocupación	Actividad laboral que realiza la persona en diferentes ámbitos.	Actividad laboral	Ocupación actual de la usuaria.	1. Estudiante 2. Ama de Casa. 3. Otros.
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional	Años aprobados y su representatividad en el sistema.	Años de estudios aprobados de educación formal.	1. Educación general básica completa 2. Educación general básica incompleta 3. Bachillerato completa 4. Bachillerato incompleta 5. Educación superior incompleta 6. Otros
Edad gestacional	Edad de un embrión o un feto desde el primer día de la última fecha de menstruación.	Edad gestacional.	Semanas de gestación de acuerdo a FUM.	1. Semanas de gestación
Uso previo de método de planificación familiar.	Manera de planificar el embarazo.	Método anticonceptivo.	Uso de método anticonceptivo usados previo al embarazo.	1. Preservativo masculino 2. Preservativo femenino 3. Anticonceptivo Orales/Emergencia 4. Inyectables 5. Implante 6. DIU 7. Ninguno
Paridad	Número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.	Cantidad	Número de hijos previos al último embarazo.	1. 0-1 2. 2-3 3. 4 o más
Embarazo deseado	Pareja que está de acuerdo en procrear.	Planificación	Hijo planificado.	1. Si 2. No.
Autoestima	Sentimiento personal de valía y de respeto así mismo.	Nivel de Autoestima	Escala de Rosenberg (19).	1. Autoestima elevada (30 a 40 puntos). 2. Autoestima moderada (26 a 29 puntos). 3. Autoestima baja (Menos 25 puntos)



ANEXO II.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**“AUTOESTIMA Y CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD CARLOS
ELIZALDE, CUENCA 2016”**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario # _____

Fecha: _____

Número telefónico: _____

Datos Sociodemográficos.

1. Edad: _____ Años Cumplidos.

2. Estado Civil:

1. Soltera

2. Casada

3. Viuda

4. Unión libre

3. Ocupación:

1.- Estudiante.

2.- Ama de Casa

3.- Otros: _____

4. Nivel de Instrucción:

1.- Educación general básica completa.

2.- Educación general básica incompleta.

3.- Bachillerato completa.

4.- Bachillerato incompleto.

6.- Educación superior incompleta.

7. Otros _____

Datos Obstétricos.

5. Edad gestacional:

1.- Semanas de Gestación: _____

**6. Uso previo de método de Planificación Familiar.**

1. Preservativo masculino
2. Preservativo femenino
3. Anticonceptivo Orales/Emergencia.
4. Inyectables.
5. Implante.
6. DIU.
7. Ninguno

7. Paridad:

1. 0 -1 2. 2-3 3. 4 o más

8. ¿Su embarazo fue deseado?

Si

No

ANEXO (III) Autoestima (Escala Rosemberg).

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

INTERPRETACION	
1.- De 30 a 40 puntos Autoestima Elevado	
2.- De 26 a 29 puntos Autoestima Moderado	
3.- Menos de 25 puntos Autoestima Bajo	



ANEXO IV.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“AUTOESTIMA Y CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE, CUENCA 2016”**

Yo, Julia Cristina Caivinagua Caivinagua, portadora de la CI 0104916473, egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca. Solicito a usted su autorización para que su hija forme parte de la presente investigación, cuyo tema abordará la autoestima de la adolescente embarazada ya que en la actualidad es un problema de salud, pues este se ha, constituido en una de las causas que afecta negativamente el perfil psicológico de la madre, conllevando a presentar sentimientos de temor, angustia, desesperación, vergüenza, baja autoestima.

El propósito del estudio pretende evaluar la edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, edad gestacional, uso previo de método de planificación familiar, paridad, embarazo deseado y determinar la autoestima en las adolescentes embarazadas. No representará riesgos de salud para su hija, por cuanto los datos se recolectaran mediante una entrevista dirigida de 10 min, la cual consiste en contestar un cuestionario y una escala de autoestima (Rosemberg).

Al finalizar la investigación este grupo, se beneficiara con su participación y a su vez servirán para que futuras investigación den continuidad a este tema e implemente programas con abordaje a la autoestima para las futuras adolescentes embarazadas.

La información obtenida que nos brinde su hija será mantenida bajo estricta confidencialidad y su identidad no será utilizada para otros fines.

Usted puede decidir la no participación de su hija en el estudio, solo debe expresarlo en éste momento. Además si decide participar y posteriormente decide retirarse puede realizarlo, además no recibirá ningún pago ni remuneración económica por participar en el estudio.

Declaración del Participante

Consentimiento informado

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado a mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hija participe en el estudio de Cristina Caivinagua sobre La Autoestima y Características Obstétricas en la Adolescente Embarazada.

.....
.....

Firma del Representante:

Fecha:

.....
Firma del Investigadora:

Teléfono: 0994932923

Correo Electrónico: juliacris65@hotmail.com



ANEXO V.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**



ASENTIMIENTO INFORMADO

“AUTOESTIMA Y CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE, CUENCA 2016”

Yo, Julia Cristina Caivinagua Caivinagua, portadora de la CI 0104916473, egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca. Solicito su participación con la autorización de su representante legal en la presente investigación, cuyo tema abordará la autoestima de la adolescente embarazada ya que en la actualidad es un problema de salud, pues este se ha, constituido en una de las causas que afecta negativamente el perfil psicológico de la madre, conllevando a presentar sentimientos de temor, angustia, desesperación, vergüenza, baja autoestima.

El propósito del estudio pretende evaluar la edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, edad gestacional, uso previo de método de planificación familiar, paridad, embarazo deseado y determinar la autoestima en las adolescentes embarazadas. No representará riesgos de salud para usted o su bebe, por cuanto los datos se recolectaran mediante una entrevista dirigida de 10 min, la cual consiste en contestar un cuestionario y una escala de autoestima (Rosemberg).

Al finalizar la investigación se beneficiara con su participación y a su vez servirán para que futuras investigaciones den continuidad a este tema e implemente programas con abordaje a la autoestima para las futuras adolescentes embarazadas.

La información obtenida que nos brinde será mantenida bajo estricta confidencialidad y su identidad no será utilizada para otros fines.

Usted puede decidir no participar en el estudio, solo debe expresarlo en éste momento. Además si decide participar y posteriormente decide retirarse puede realizarlo, además no recibirá ningún pago ni remuneración económica por participar en el estudio.

Declaración del Participante

Consentimiento informado

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado a mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Cristina Caivinagua sobre La Autoestima y Características Obstétricas en la Adolescente Embarazada.

.....

.....

Firma del Participante:

Fecha:

.....



Firma del Investigadora:

Teléfono: 0994932923

Correo Electrónico: juliacris65@hotmail.com**ANEXO VI. Recursos materiales y presupuesto.**

Recurso	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Impresiones	200	0.10	20
Revisión bibliográfica (Internet)	100	0.80	80
Copias	500	0.05	25
Anillados	5	5	25
Transporte	80	3	240
Alimentación	80	3.80	304
Comunicación (móvil)	50	3	150
Impresión del trabajo final	100	0,20	20
Total			864,00

ANEXO VII. Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	MESES							RESPONSABLE
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Elaboración del marco teórico	X							Investigadora
2. Presentación y aprobación del protocolo		X						Investigadora
3. Revisión de los instrumentos de recolección de los datos		X	X					Investigadora
4. Plan piloto			X					Investigadora
5. Recolección de datos				X	X	X		Investigadora
6. Análisis e interpretación de los datos.						X		Investigadora
7. Elaboración y presentación de la información.						X		Investigadora
8. Elaboración de informe final							X	Investigadora