

APOYO SOCIAL PERCIBIDO, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA COMUNA No. 6 MADRES FAMI DEL
ICBF DEL DISTRITO DE SANTA MARTA, COLOMBIA

SUÁREZ OSPINO SAMIR

GÓMEZ CARREÑO SARAI

PROYECTO DE GRADO PRESENTADO AL COMITÉ DE MEMORIAS DE GRADO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO

Guillermo Augusto Ceballos Ospino

Director

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SANTA MARTA

2010

APOYO SOCIAL PERCIBIDO, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA COMUNA No. 6 DE MADRES FAMI
DEL ICBF DEL DISTRITO DE SANTA MARTA, COLOMBIA

SUÁREZ OSPINO SAMIR

GÓMEZ CARREÑO SARAI

Guillermo Augusto Ceballos Ospino

Director

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTA MARTA

2010

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios primeramente por su amor, misericordia y porque a través de este proceso he podido ver su ayuda en el logro de mis objetivos.

Agradezco a mis padres Hernando Suarez Martínez y Sonia Ospino Salazar por su apoyo económico y moral, gracias padre por darme aliento, enseñarme el valor de la vida y por darme tus consejos cuando los necesitaba, gracias Madre por tu amor incondicional, tu comprensión y apoyo.

A todos mis docente y directivos del programa de psicología, mil gracias, porque gracias a ustedes es que hoy he podido llegar a mi meta, mil bendiciones para todos ustedes.

A todos, Muchas gracias.

Samir Suarez Ospino

A todas las personas que hicieron parte de mi proceso de formación profesional, le agradezco por estar allí siempre apoyándome y dándome palabras de fuerza y motivación para continuar en este largo camino.

Doy gracias a Dios sobretodo, por su ayuda incondicional en mi vida, por darme la oportunidad de estudiar y las fuerzas necesarias para afrontar cada dificultad..

A mi madre, Bernarda Carreño, porque gracias a tus esfuerzos y sacrificios he podido cumplir este logro.. por tu amor y sabiduría..

A mi padre, Alvaro Gómez, porque creíste en mi... y por enseñarme a luchar por los sueños...

A mis hermanas Merari y Elizabeth por apoyarme... las amo!!!...

A mis amigos, Yahileth Gutierrez, Yulibeth Sarmiento, Erick Redondo, lisset Gijangel, entre otros, que me ayudaron y me dieron voces de aliento a lo largo de esta carrera cuando más lo necesité...

A Carlistong Pomare y Lina Vergara, por su ayuda y comprensión... gracias porque siempre están allí cuando más los necesitamos...

A los profesores: Guillermo Ceballos, Lisa Hayes, entre otros... Gracias por su colaboración.

Y demás personas que oraron mucho por mí, que de alguna manera me ayudaron para que esto fuera una realidad en mi vida...

Nuevamente gracias, millones de gracias...

Sarai Gómez Carreño...

Tabla de Contenido

1. Resumen.....	8
2. Planteamiento del Problema.....	10
3. Justificación.....	16
4. Objetivos.....	18
4.1. General.	
4.2. Específicos.	
5. Marco Teórico.....	19
5.1. Depresión.....	22
5.2. Autoestima.....	24
5.3. Apoyo Social Percibido.....	26
6. Metodología.....	31
6.1. Tipo de Investigación.	
6.2. Tipo de Diseño.	
6.3. Población.	
6.4. Muestra.	
6.5. Instrumentos de Medición.....	32
6.5, 1. Encuesta Socio demográfica.	
6.5, 2. Escala de Zung Para Depresión.	
6.5, 3. Escala de Autoestima de Rosenberg	33
6.5, 4. Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet.....	34
6.6. Operacionalización de las Variables.....	36

6.7. Procedimiento.....	40
6.8. Aspectos Éticos.....	40
7. Resultados.....	41
7.1. Encuesta Socio demográfica.	
7.1, 1. Edad.....	41
7.1, 2. Estado Civil.....	42
7.1, 3. Ocupación.....	43
7.1, 4. Grado de Escolaridad.....	44
7.1, 5. Estrato Socio económico.....	45
7.2. Escala de Zung Para Depresión.....	45
7.2, 1. Nivel de Depresión. Gráfico.....	46
7.3. Escala de Autoestima de Rosemberg.....	46
7.3, 1. Nivel de Autoestima. Gráfico.....	47
7.4. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet.....	47
7.4, 1. Apoyo Social Percibido. Gráfico..	48
7.5. Relación entre las variables de estudio..	49
7.5, 1. Relación entre las variables de estudio. Gráfico.....	50
8. Discusión.....	51
9. Conclusión.....	56
10. Referencias Bibliográficas.....	61
11. Anexos.....	66

11.1. Escala de Zung Para Depresión.....	67
11.2. Escala de Autoestima de Rosenberg.....	68
11.3. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet.....	68
11.4. Correlación de Spearman.....	69

1. Resumen

Antecedentes: A nivel mundial el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema social y de salud pública, que muestra una tasa representativa de mortalidad en los partos y pospartos tanto de las madres como de los bebés.

Objetivo: Analizar las variables de apoyo social percibido, depresión y autoestima a las adolescentes embarazadas de la comuna No. 6 Madres FAMI del ICBF del distrito de Santa Marta.

Método: Investigación de tipo correlacional. 53 adolescentes embarazadas de la comuna No. 6 que hacen parte del grupo Madres FAMI del ICBF del distrito de Santa Marta, independientemente del tiempo de gestación y edad al momento de la investigación. Se aplicaron (3) tres instrumentos para medir las variables objeto de estudio, los cuales son: Escala de Zung Para Depresión, Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet y Escala de Autoestima de Rosemberg.

Resultados: las adolescentes embarazadas en un 78% tienen un alto índice de autoestima, un mediano apoyo social percibido en un 51% y la mayoría no presentan niveles de depresión 74%%.

Conclusión: Posiblemente existe relación entre las variables de depresión y autoestima, al igual que el apoyo social percibido y la depresión, pero no existe una relación significativa entre autoestima y apoyo social percibido.

Palabras clave: edad, depresión, autoestima, apoyo social y embarazo.

1.1. Abstract

Background: Worldwide teenage pregnancy has become a social problem and public health shows an increasing rate of mortality in childbirth and postpartum care of both mothers and babies.

Objective: To analyze the variables of

perceived social support, depression and self-esteem to teenage pregnancy in the township No. 6 district of Santa Marta. **Method:** This research is co-relational. 53 pregnant teenagers in the district No. 6 that are part of Mothers FAMI of ICBF Santa Marta district, not depending on the length of pregnancy or age at the time of the investigation. We applied three (3) instruments to measure the variables under study, which are: Scale of Perceived Social Support from Zimet, Zung Scale for Depression and Rosenberg Self-Esteem Scale. **Results:** 78% of pregnant adolescents have a high rate of self-esteem, we perceived 51% have medium social support and most, 74%, do not have levels of depression. **Conclusion:** Possibly there is a relationship between the variables of depression and self-esteem, as perceived social support and depression, but there is no significant relationship between self-esteem and perceived social support.

Keyword: age, depression, self-esteem, social support and pregnancy.

2. Planteamiento Del Problema

Según Romero, (2001), Las adolescentes embarazadas llegan a constituirse en una problemática que se sobre impone a la crisis de la adolescencia, es decir, puede surgir como una forma de rebeldía característica de esta etapa de la vida o debido a otros tipos de factores, que presentan formas diferentes según la etapa de desarrollo de la adolescente.

La adolescencia, es un proceso dinámico, una etapa del desarrollo de la persona que transcurre entre la niñez y la vida adulta, que implica la reestructuración de valores, actitudes, intereses, normas y pautas conductuales, psicológicas y sociales. Simultáneamente con el proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal ocurren una serie de eventos psicoemocionales, así como un proceso de adaptación al grupo sociocultural de su tiempo y entorno, que lo llevan a alcanzar la madurez físico - psíquica y el estatus adecuado que le permiten asumir responsabilidades, ejercer y tener derechos de adultos (Cuevas, 2007).

En muchos países, las adolescentes llegan a representar del 20% al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estimaba que en el 2000 llegarían a 1,1 millones. Hay que destacar que la actividad sexual de los adolescentes ha aumentado en todo el mundo, teniendo esto como consecuencia el incremento de la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años (Issler, 2001).

Por consiguiente, esta investigación pretende analizar este fenómeno desde una perspectiva psicosocial, en la que se tendrán en cuenta aspectos emocionales, sociales y cognitivos. Se conoce que los embarazos en adolescentes

representan a nivel mundial un problema social y de salud pública que muestra una tasa representativa de mortalidad en los partos y pospartos tanto de las madres como de los bebés (Carvajal, 2006; Rodríguez, 2006).

En América Latina la mortalidad materna es 50 veces más alta en las adolescentes en relación con la de los Estados Unidos de América y Canadá. Del 25 al 30% de la mortalidad materna está determinada por el aborto (FEIM, 2003; Romero, 2001), siendo la tasa más alta la de Perú con el 4,8%. En Estados Unidos cada año ocurren un millón de casos de embarazos en adolescentes, los cuales terminan en aborto y cerca de treinta mil se presentan en menores de 15 años (Cuevas, 2007).

De acuerdo con Issler, (2001), el índice de mortalidad posparto es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años) en relación a esto Hay que reconocer que el embarazo adolescente tiene muchos riesgos (Barrera y Vargas, 2002; Ferrer, 2007); así mismo, se puede señalar que los hijos de las adolescentes embarazadas tienen el doble de probabilidad de morir antes de su primer año de vida que los hijos nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años (Aláez, 2003; Rodríguez, 2006).

Rodríguez, (2006), referencia unos datos estadísticos que afirman que más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescente. Estos datos demostraron que cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes y de cada día 41.095 y cada hora 1.712. De igual manera, se afirma que desde los años 50 la *Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA)* ha ido disminuyendo pero, de una forma menos marcada que la *Tasa de Fecundación General (TFG)*, lo que se traduce como un

aumento en el número de hijos de madres adolescente. Se asegura que en el año de 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2% y en 1993 del 15%. Estas cifras nos muestran claramente el creciente aumento de los embarazos en adolescente y se establece que este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años (Issler, 2001).

En el continente americano, los países como Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela presentan una alta tasa de embarazos en adolescentes que representan un 15 o 25% de la población total adolescente, de igual manera en otros países de Latinoamérica se presentan preocupantes índices de embarazos en la población adolescente, Bolivia con un 39%, República Dominicana con un 38%, Haití con 36%, Paraguay con 36%, Brasil con 35%, Perú con 33% y Colombia con 32% (Rodríguez, 2006).

En nuestro país la TFA entre 15 - 19 años de la zona urbana es de 59% y del área rural ascendía a 71%, según cálculo para el periodo 1997 - 2000, o sea, que la TFA entre 15 y 19 años no ha disminuido en relación con la tasa de fecundidad de otros grupos de edad, por el contrario esta ha presentado un ligero aumento de 17% en 1995 a 19% al 2000; o sea que, el 15% de estas adolescentes ya han sido madres y 4% están embarazadas de su primer hijo (Carvajal, 2006). Caballero, (2007), menciona que el embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años se incrementó de 12,8% en 1990, a 17,4% en 1995, 19,1% en el 2000 y 20,5% en el 2005. Lo que él interpreta como un aumento del 8% en 15 años. Otro de los factores que juegan un papel predisponente en el embarazo adolescente, es en el que hace énfasis Correa (citada en Diario La Capital, 2007), de la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), la cual

afirma que uno de los factores que más incide en los embarazos adolescentes es la pobreza.

Según estudios hechos por Profamilia, (2007), los grupos más vulnerables son los más pobres, los de bajo nivel educativo, los de zonas rurales y los desplazados por el conflicto armado. Dentro de estos grupos vulnerables los departamentos que presentan mayor tasa de fecundidad son: Caquetá (32%), Guainía (30.8%), Meta (30.1%), Guaviare (29.9%), Cauca (28.8%), Cesar (27.9%), Vaupés (27.2%), Arauca (26.8%), Chocó (25.8%), Amazonas (25.5) y Magdalena (21.5%). Además se pudo establecer por medio de este estudio que el inicio más temprano del embarazo se da en la subregión del litoral pacífico: Orinoquía y Amazonía y Guajira, Cesar y Magdalena (Profamilia, 2007).

Por otro lado, Valdivia y Molina, (2003); Trujillo, (2007), afirman que el problema evidente de esta situación es la deserción escolar. En estudios realizados en E.E.U.U., se pudo observar que cerca del 50% de las embarazadas adolescentes desertan de la escuela. De igual manera, esta problemática se ha presentado en Chile, donde estudios muestran un porcentaje cercano al 70% de deserción escolar entre adolescentes embarazadas. Este estudio también encontró el mismo patrón de conductas en las adolescentes embarazadas, demostrando que del 50 al 70% de ellas abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios. (Burrows, Rosales y Muzzo, 1994; Ferrada et al., 2002; Muñoz et al., 2001; Rojas, 1991; Vera, Gallegos y Varela, 1999, citados por Valdivia y Molina, 2003).

En cuanto al aspecto emocional y social, según Solum, (2001), en su libro sobre adolescencia y juventud, en

primera instancia, se debe considerar el impacto que la noticia del embarazo produce sobre las jóvenes. Y cuánto puede repercutir esto en su entorno. ¿Cuáles cosas tendrá o no que modificar de su vida diaria? ¿Qué ocurre con el padre del bebé si es también un adolescente? Las implicaciones económicas. Su futuro y el del bebé. Las características del vínculo que pueda establecer con él. En general, se debe observar todas las connotaciones psicosociales de la adolescente embarazada: desde la actitud frente al embarazo; la etapa de la adolescencia que esta atravesando (no es lo mismo ser madre a los 13 años que a los 18); el significado del hijo; el origen del embarazo; el proyecto de vida antes de embarazarse; el apoyo de su familia; y las consecuencias y factores a nivel psicológico durante el embarazo y las complicaciones que se puedan presentar durante esta etapa.

Según Rivera, (2003), dentro de los factores de orden psicológico que se asocian a la actividad sexual en la adolescencia se encuentran la baja autoestima, la inseguridad, el temor al rechazo, bajas aspiraciones en la vida, o un déficit importante en el nivel de control de emociones, la mala relación con los padres y la carencia de creencias y compromisos religiosos. De esta forma la baja autoestima y el sentimiento de rechazo por el grupo de amigos se asocian a una mayor probabilidad de embarazo no deseado en la adolescencia. Se debe tener en cuenta, que la gran mayoría de las madres de estas adolescentes también fueron madres adolescentes.

Rivera, (2003) manifiesta que a las mujeres se les enseña a ser frágiles y dependientes por lo que en muchas ocasiones

no saben cómo afrontar las dificultades de su vida de forma adecuada.

Además, la gran mayoría de los adolescentes aprenden de la sexualidad a partir de otros adolescentes, transmitiéndose de esta manera conocimientos y creencias equivocadas. El problema central es el hecho de que al volver de nuevo al colegio o a buscar un trabajo, no lo logran, lo que los lleva a desarrollar sentimiento de baja autoestima y depresión. En definitiva la preocupación principal en el caso del embarazo adolescente no está centrada en las condiciones físicas y sus riesgos sino más bien en las crisis psicológicas y sociales que pueden llegar a producir depresión, intentos suicidas, pérdida de autonomía, dificultades para relacionarse con las otras personas, sentimientos de desamparo y de soledad e incapacidad para proyectarse en el futuro (Rivera, 2003). El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la niña que está embarazada y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema (Torres, 1999).

En Santa Marta la situación es preocupante, debido a que no existen datos sobre el tema y es muy poco lo que se ha hecho en el Distrito para desarrollar y diseñar estrategias que apunten a disminuir los casos de embarazos en adolescentes. De igual manera, existen muy pocos estudios que vayan dirigidos hacia esta población del distrito, por lo tanto esta investigación tiene como objetivo estudiar el apoyo social percibido, depresión y autoestima en adolescentes embarazadas del distrito de Santa Marta.

Por todo lo anterior, surgen las siguientes preguntas problemas:

¿Cómo se da la interacción de la adolescente embarazada con su medio social?, ¿Cuáles son los cambios emocionales y de la autoestima que sufre durante el embarazo?, ¿existe una relación entre apoyo social percibido, depresión y autoestima.

3. JUSTIFICACIÓN

El proyecto de investigación está ubicado dentro de las líneas de investigación de la Universidad del Magdalena, y del programa de Psicología, línea de investigación "Comportamiento, hábitos y estilos de vida" y hace parte de las investigaciones que realiza el Grupo de estudio del Suicidio y conductas de riesgo sexual, avalado por la Universidad del Magdalena y reconocido por COLCIENCIAS categorizado "B".

Investigaciones recientes han demostrado que la incorporación de la educación sexual desde temprana edad, genera en los adolescentes una iniciación de la vida sexual más tardía y la responsabilidad ante la sexualidad y la reproducción, con relación a los adolescentes que no recibieron una oportuna educación sexual cuando eran niños (Wolti, 2006).

Aunque en el país es muy poco lo que se ha hablado del tema que se plantea en esta investigación, se tiene conocimiento que en Bucaramanga se han realizado estudios al respecto, (Castillo, Meneses, Silva, Navarrete y Campo, 2003); donde pudieron detectar conductas sexuales riesgosas, entre las que se encontraron actividades sexuales inseguras, consumo

y abuso de sustancias que pueden producir dependencia, hábitos alimenticios inadecuados y sedentarismo.

En Santa Marta Ceballos y Campo, (2005). Afirman que a una edad más temprana de inicio de las relaciones sexuales aumenta el riesgo de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual debido a la inexperiencia y un menor uso de condón en estas edades.

Se sabe que el embarazo de las adolescentes trae consigo problemas psicosociales por truncamientos del proyecto de vida, aceptación o no del hijo, quién se hará cargo de él, la posibilidad de un bloqueo de la imagen materna ante un núcleo familiar que no acepta y rechaza a las adolescentes embarazadas (Ahued - Ahued, Lira - Plascencia y Simón - Pereira, 2001). La adolescente al estar bajo la presión de una situación tan complicada para ella a su edad, puede sentir que es rechazada, de igual forma experimentar sentimientos de poco apoyo por parte de sus padres (Valdivia y Molina, 2003). Es decir, las adolescentes embarazadas, llegan a percibir menor apoyo social (Salinas y Armengol, 1992, citados en Valdivia y Molina, 2003), por consiguiente se pueden generar sentimientos de aislamiento y desinterés en las relaciones grupales. No hay que negar que esta situación afecta la autoestima de la adolescente, por ejemplo (Short y Slusher (s. f) citados en Valdivia y Molina, 2003), plantean que las adolescentes embarazadas poseen un pobre auto concepto de sí mismas, lo que también fue visto por Salinas y Armengol, 1992, (citados en Valdivia y Molina, 2003), encontrando un bajo nivel de auto concepto general, poca confianza en sí mismas, refiere que, se han podido hallar, mayores niveles de depresión en las adolescentes embarazadas (Guijarri et al., 1999; Restrepo, 1991, citados en Valdivia y Molina, 2003).

Se sabe que, es muy poco lo que se está haciendo en Santa Marta por solucionar esta problemática, tal como muestran las cifras que indican que en el departamento del Magdalena, la tasa total de fecundidad general y tasa bruta de natalidad está por encima del promedio nacional (2.85 vs 2.5: 90.0 vs 88.3 y 23.3 vs 20.6 respectivamente) (Profamilia, 2007), lo cual hace que esta investigación sea pertinente y viable para que se lleve a cabo. Los beneficios para la sociedad que dará esta investigación son los siguientes: dar a conocer a la comunidad samaria los riesgos o consecuencia sociales y psicológicas que implica un embarazo en la adolescente, generar estrategias que mejoren y motiven las jornadas académicas en las instituciones del distrito de Santa Marta en donde se preparen programas de prevención del embarazo en las adolescentes escolarizadas.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Conocer la relación existente entre el apoyo social percibido, depresión y autoestima en las adolescentes embarazadas del distrito de Santa Marta.

4.2. ESPECÍFICOS

- ✚ Determinar los niveles de depresión que presentan las adolescentes embarazadas.
- ✚ Identificar el nivel de autoestima durante el periodo de embarazo de las gestantes adolescentes.
- ✚ Conocer cómo influye el apoyo social percibido en las adolescentes embarazadas.

5. MARCO TEÓRICO

La OMS, citado en Issler, (2001), define a la adolescencia como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años. También es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial (Issler, 2001; Monton, 2005). Además, (Barrera y Vargas, 2002), plantean que ésta es una etapa crucial de la vida en la que ocurren cambios biológicos que condicionan el inicio de vida sexual y reproductiva, es una época en la que se constituye el proyecto de vida del individuo.

Según Monton, (2005), las diferentes edades, de la adolescencia se le puede dividir en tres etapas: adolescencia temprana (10 a 13 años) con un predominio biológico, adolescencia media (14 a 16 años) en que se suman aspectos psicológicos y adolescencia tardía (17 a 19 años) en el que el factor social predomina.

Romero, 2001, plantea que el embarazo en adolescentes puede surgir como una forma de rebeldía característica de esta etapa de la vida o debido a otros tipos de factores, que presentan formas diferentes según la etapa de desarrollo de la adolescente. De esta manera se define, como aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años con independencia de la edad ginecológica. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en

circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo (Rodríguez, 2006).

Rodríguez, (2006); Valdivia y Molina, (2003), afirman que el embarazo en las adolescentes afecta a todos los estratos sociales y que este se presenta con mayor frecuencia en las adolescentes que pertenecen a sectores sociales más desprotegidos debido a la falta de una buena educación sexual y el desconocimiento de métodos anticonceptivos. Por ende es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija - madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron (Muñoz et al., 2001; Restrepo, 1991; Vera, Gallegos y Varela, 1999, citados por Valdivia y Molina, 2003). Es por esto que la adolescente embarazada tendrá una actitud frente a la crianza de su hijo, la cual estará influenciada por la etapa de la vida que este transitando, (adolescencia temprana, intermedia y tardía), en la cual de igual forma necesitara la asesoría y ayuda de sus padres o tutores y profesionales expertos en el tema, así como asistencia médica para lograr obtener un periodo gestante en óptimas condiciones, además de apoyo para la crianza de su bebe en los primeros años de vida (Issler, 2001).

Según Pérez, (2006); Trujillo, (2007), en el embarazo adolescente se presentan muchos factores de riesgo dentro de los cuales se encuentran los "biológicos" que condicionan el aumento de morbilidad materno - perinatal, los "médicos del embarazo" que se caracterizan por trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos,

anemia. De igual forma Lechuga, Martínez, Ruíz, Salvador, Terrones, (2006), exponen que, las infecciones urinarias son amenazas para el parto pretérmino y bajo peso al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones cefalopélvicas, trabajo de parto prolongado;

Por otro lado, los factores "psicosociales" asociados que muestran características como ambivalencia afectiva por el neonato, atención prenatal deficiente, abandono escolar, situación económica desfavorable, estado de soledad, sobrecarga familiar, limitación de la oportunidad educacional, se compromete la posibilidad de autosuficiencia económica, desarrollo cultural frustrado de la pareja, comenzar a trabajar sin la debida preparación cultural, ir al matrimonio sin una debida madurez condenado muchas veces al fracaso, vivir en condiciones de franca promiscuidad y hacinamiento, sentimiento de frustración por no poder realizar tareas propias de su edad; para la familia se presentan alteraciones en la dinámica familiar, falta de preparación para asumir la nueva situación, situaciones económicas desfavorables, actitud de rechazo a la adolescente, su pareja y al embarazo; y para el hijo: aumenta la morbilidad neonatal, inadecuado desarrollo psicosocial, insuficiente aprovechamiento escolar, mayor número de accidentes en el hogar, malnutrición, maltrato, paternidad inadecuada, mortalidad incrementada (Rodríguez, 2006).

Es así como, en investigaciones realizadas en Ecuador, E.E.U.U. y otros países, se observó que las adolescentes reportaban menor calidad en la comunicación familiar, que sus pares no embarazadas (Arnold, Smith, Harrison & Springer, 2000; Corcoran et al., 2000; Guijarro et al. 1900, citado en Valdivia y Molina, 2003). Igual que,

Valdivia y Molina (2003), hacen referencia acerca de la calidad y cantidad de las relaciones sociales de la adolescente embarazada y consideran que estas son muy bajas, además las adolescentes embarazadas experimentan poco apoyo para sus problemas tanto fuera como dentro de la familia.

Con respecto a la relación entre apoyo social percibido y los estados emocionales de ello se ha podido investigar en estudios que se han hecho en adultos de diferentes edades, pero falta mucha información acerca de que tales variables tienen relación en edades tempranas, como lo es la adolescencia (Barra, et als. 2005). En una investigación realizada por Barra y Cols (2005), los resultados muestran que existe una relación negativa significativa entre ánimo depresivo y apoyo social percibido en la familia, la cual es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres. En resumen, se afirma que las adolescentes embarazadas, perciben menor apoyo social, destacándose sentimientos de aislamiento y falta de interés en las relaciones grupales (Valdivia y Molina, 2003).

Para tal efecto se definirá y dará planteamiento de teorías que hablan de los tres factores que se han escogido para esta investigación.

5.1. Depresión

Vinaccia, Quintero, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobón y Zapata, (2005), definen la depresión como un trastorno del humor que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, principalmente compuesta de tristeza y ansiedad, que tiende a asociarse a síntomas físicos y una reducción de la actividad social. La depresión constituye la disfunción mental más frecuente en la población general.

Las experiencias emocionales pueden afectar la salud física mediante sus consecuencias fisiológicas, prolongando sus infecciones (Kielcolt - Glaser, Mc Guire, Robles y Glaser, 2002, citados en Barra y cols, 2005) y haciendo al individuo más vulnerable a diversas enfermedades (Salovey, Rothman, Detweiler y Stewars, 2000, citados en Barra y cols, 2005).

La depresión como factor asociado al embarazo adolescente no está claro si puede ubicarse como actor predisponente o como consecuencia de este, ya que existen investigaciones que así lo señalan (Barnet, Joffe, Duggan, Wilson & Repke, 1996, citados en Valdivia y Molina, 2003). No obstante, en relación a este aspecto se ha encontrado la siguiente información. Se han hallado mayores niveles de depresión en las adolescentes encinta (Guijarro et al., 1999; Restrepo, 1991, citado en Valdivia y Molina, 2003). Según, investigaciones, los sucesos estresantes experimentados muestran una relación significativa con el ánimo depresivo. Tal resultado sería consistente con diversos estudios que señalan que la acumulación de experiencias estresantes en los adolescentes aumenta su vulnerabilidad de padecer síntomas depresivos (Chang, 2001; Ge Cols., 2001, citado en Arechavala y Miranda, 2002).

Trejo, Torres, Medina, Briones y Meneses, (2009), afirman que por las particularidades intrínsecas a la mujer la depresión las afecta en mayor proporción. Entre los adolescentes es mayor la probabilidad de padecer la depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios somáticos, fisiológicos y psicosociales, definiendo a su vez su sentido de identidad, autonomía, con escasas expectativas de éxito personal y social. En los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en

lugar de triste y suele haber cambios de apetito o peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración o de culpa en el enfermo, dificultad para pensar, para concentrarse o para tomar ciertas decisiones. En los casos extremos puede haber pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida que en los adolescentes, por encontrarse en una etapa de vida de cambios y definiciones están a mayor riesgo de padecer este problema emocional: en razón a la frecuencia con la que en ellos se manifiesta cuatro problemas de salud típicos de la adolescencia: 1. Abuso de sustancias; 2. Iniciación sexual temprana y embarazo; 3. Deserción o problemas escolares; 4. Delincuencia, además de otros eventos que en los adolescentes se presentan asociados con la violencia sexual, psicológica y física.

5.2. Autoestima

Valoración personal que tiene el sujeto acerca de sí mismo, también es considerada como un conjunto de sentimientos que uno tiene acerca del mayor o menor valor de su propia persona. La autoestima elevada aporta equilibrio personal, mientras que la escasa autoestima provoca mayor vulnerabilidad emocional (Barra, Cancino, Lagos, Leal y San Martín, 2005).

La baja autoestima es tomada por algunos autores como uno de los principales factores de embarazos en las adolescentes. Rivera, (2003), afirma que dentro de los factores de orden psicológico que se asocian a la actividad sexual en la adolescencia se encuentran la baja autoestima, la inseguridad, el temor al rechazo, bajas aspiraciones en la vida, o un déficit importante en el nivel de control de emociones, la mala relación con los padres y la carencia de

creencias y compromisos religiosos. La baja autoestima y el sentimiento de rechazo por el grupo de amigos se asocian a una mayor probabilidad de embarazo no deseado en la adolescencia.

Short y Slusher, (s. f), (citados en Valdivia y Molina, 2003), plantean que las adolescentes embarazadas poseen un pobre autoconcepto de sí mismas, lo que también fue visto por (Salinas y Armengol, 1992, citados en Valdivia y Molina, 2003), encontrando un bajo nivel de autoconcepto general, poca confianza en sí mismas, sentimientos ansiosos y depresivos, y además por Restrepo, quien planteó la centralidad que tiene en el embarazo adolescente la baja autoestima (Valdivia y Molina, 2005). Siguiendo esta línea, Lartigue (citado en Valdivia y Molina, 2005), observó puntajes en el límite más bajo de la normalidad en la variable autoconcepto. Esto también ha sido reportado en Bolivia. En Chile, en un grupo compuesto de embarazadas y menores en riesgo de embarazo, se encontraron bajos niveles de autoestima (Burrows et al., 1994, citado en Valdivia y Molina, 2005). Sin embargo, existen otros autores que sostienen que no hay relación entre la autoestima y el embarazo adolescente (Medora & Von der Hellen, 2000, citado en Valdivia y Molina, 2005). Dentro de esta tendencia, está la investigación realizada en la ciudad de Concepción, donde no se encontraron diferencias significativas de autoestima entre jóvenes en cinta y no embarazadas (Arriagada et al., 1991, citado en Valdivia y Molina, 2005). Por otra parte, en México, se encontró que en adolescentes embarazadas, el 54% de ellas tenían una autovaloración normal, mientras que un 46% mostraba una autoestima "narcisista", tendiendo a valorarse en exceso y a interesarse sólo en su persona (Gutierrez, Pascacio, De

la Cruz y Carrasco, 2002, citado en Valdivia y Molina, 2005).

Debido a que no se encontró evidencia teórica ni empírica de la posible relación existente entre las variables a implementar en el presente estudio, surgió en los investigadores la inquietud si podría existir relación entre las mismas y contribuir de esta manera a que futuros proyectos intenten explicar teóricamente en caso de hallarse esta relación.

Según Ramos, 2009, citado en Valdivia y Molina, 2003, esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas. No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo. Tal vez sean causas, o causas y consecuencias a la vez.

5.3 Apoyo social percibido

El apoyo social actualmente es concebido como un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad, (Arechabala y Miranda, 2002).

Se propone que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido. La percepción o creencia que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado. Quienes perciben menos apoyo están más predispuestos a experimentar

trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo, (Valdivia y Molina, 2003). En cambio, un apoyo social considerable se relaciona con mayor resistencia a enfermedades infecciosas, menor incidencia de enfermedades coronarias e inclusive menor mortalidad, (Arechabala y Miranda, 2002).

Según, Vinaccia y cols, (2005), El apoyo social percibido ha demostrado ser más importante sobre la salud y bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe, ya que este es entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros. El apoyo percibido influye de manera favorable en la adaptación emocional de las personas, y de a su vez guarda relación con niveles menores de depresión y ansiedad.

El apoyo social percibido, supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas, afecta beneficiosamente a la salud integral de las personas (Gómez y cols., 2001, citado en Vinaccia y cols, 2005). Facilita su integración social fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad, promoviendo conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo estresante (Vinaccia y cols, 2005).

Según Rivera, (2003), en las adolescentes embarazadas se observa también problemas en la educación, en la atención en salud, en las familias, en el apoyo emocional y en la formación integral de valores morales. La madre adolescente a veces no encuentra más solución que encontrar un nuevo compañero en búsqueda de protección y de apoyo, por lo que es usual encontrar a las adolescentes nuevamente

embarazadas, o con cambios múltiples de compañeros que sólo les brindan abandono, desprotección y dependencia.

El apoyo social percibido en el ámbito familiar, según Solum, (2001), los padres de adolescentes mujeres o varones no esperan que sus hijos se embaracen en esta etapa de la vida. Esto, sin embargo, no va acompañado por una educación e información que les permita a sus hijos evitar un embarazo. Y entonces suelen aparecer reproches hacia los hijos y entre ellos mismos. En la medida en que estos padres acepten o no el embarazo, ejercerán mayor o menor presión para que lo aborten o acompañarán a sus hijos en esta circunstancia, con una cuota mucho mayor de resignación que de real aceptación. La llegada del nieto suele poner paños fríos sobre los rencores que se generaron cuando tomaron conocimiento del embarazo, pero queda una cuenta pendiente, que se reactiva con frecuencia. Nunca es muy claro el límite entre ayudar a los adolescentes a criar al niño poniendo reglas precisas o las reglas son el castigo por lo que se atrevieron a hacer. Para aquellos padres que esperaban que sus hijas terminaran sus estudios antes de embarazarse, suele ser una gran frustración, que no siempre terminan de digerir. Cuando el hecho ocurre en poblaciones en las que el embarazo en la adolescencia y la formación de una pareja a edades tempranas es lo esperable, simplemente se amplía la familia, recibiendo al nuevo miembro como a uno más, que incluso puede aportar al sustento del grupo.

Antonio Ramos, (2009), citado en Valdivia y Molina, (2003), afirma que el ser padres durante la adolescencia también representa una carga para las familias, que tienen que apoyar y ayudar económica y emocionalmente a los jóvenes, que en muchas ocasiones tienen que vivir con ellos, lo que

también afectar la libertad en la relación de pareja. También, ser madre puede ocasionar a la chica importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la chica se implique en una relación de pareja estable.

Según Rivera, (2003), en las adolescentes embarazadas se observa también problemas en la educación, en la atención en salud, en las familias, en el apoyo emocional y en la formación integral de valores morales. La madre adolescente a veces no encuentra más solución que encontrar un nuevo compañero en búsqueda de protección y de apoyo, por lo que es usual encontrar a las adolescentes nuevamente embarazadas, o con cambios múltiples de compañeros que sólo les brindan abandono, desprotección y dependencia.

En el ámbito de pareja, si bien en los grupos de adolescentes que han tenido un hijo se registra una alta tasa de uniones formales, también es cierto que estas uniones se formalizan a partir del embarazo en la mayoría de los casos (Henshaw, 1991). Esto implica que una mujer adolescente y generalmente un varón de edad similar, deban concretar en un tiempo bastante corto lo que a parejas de más edad les lleva años planificar y llevar a cabo. Es así como estas parejas terminan generalmente viviendo con alguno de los grupos familiares de origen (el que tenga más posibilidades de albergarlos o que esté menos enojado con lo que pasó). En estas condiciones se carece de intimidad,

la abuela tiene mayor poder para hacerse cargo de la crianza del bebé desplazando a la madre biológica, se generan roces con los otros miembros de la familia. No es desde ya el mejor contexto para el afianzamiento de un vínculo entre dos jóvenes que debieron organizar su vida de una forma muy diferente a la que tenían planeada. De todas maneras, no se debe desestimar la ventaja de que la adolescente viva con sus padres, sobre todo si es muy chica: seguramente, ese bebé estará mejor vigilado por los adultos que la rodean, quienes pueden ser la garantía para un crecimiento y desarrollo adecuados al disminuir los riesgos de accidentes domésticos, detectar precozmente cambios en el estado del bebé que los lleve a una consulta oportuna, etcétera (Solum, 2001).

Solum, (2001), en algunos contextos sociales los embarazos en la adolescencia son embarazos deseados que ocurren en uniones de pareja más o menos estables. Representan para las jóvenes una opción de vida para afirmar su identidad y ser aceptadas en la sociedad de los mayores. En Latinoamérica, gran parte de las madres adolescentes son jóvenes unidas o casadas aunque esas uniones puedan ser posteriores al embarazo.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de Investigación.

De tipo cuantitativo analítico en el paradigma positivista.

6.2 Tipo de Diseño

Según Hernández, Fernández y Batista, (2006), una investigación es correlacional cuando tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. Por tanto, el diseño de esta investigación fue de tipo correlacional.

6.3 Población

Estuvo constituida por 53 adolescentes embarazadas que hacen parte del grupo Madres FAMI del ICBF del Distrito de Santa Marta, independientemente del tiempo de gestación y edad al momento de la investigación, siempre y cuando cumpliera con el criterio de adolescente.

6.4 Muestra

Dada la finitud de la población se tomó el total de la misma, motivo por el cual no hubo tipo de muestreo alguno, es decir se trabajó con las 53 adolescentes embarazadas.

6.5 Instrumentos de Medición

6.5, 1. Encuesta sociodemográfico para adolescentes: consta de 7 ítems con escalas numéricas y dicotómicas que evalúa los aspectos sociodemográficos tales como: edad, educación, educación sexual, estrato socioeconómico, ocupación, estado civil y lugar de procedencia.

6.5, 2. Escala de Zung para Depresión. La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Esta escala fue probablemente una de las primeras en validarse (Conde y cols., 1970) y ha tenido una amplia difusión. Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 - 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones.

Los rangos para determinar la depresión son:

- No depresión: menos del percentil 50. O entre (40 - 50) puntos.
- Depresión leve: entre el percentil (51 - 59). O entre (41 - 47) puntos.
- Depresión moderada: entre el percentil (60 - 69). O entre (48 - 55) puntos.
- Depresión grave: más del percentil 69. O más de 55 puntos.

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20. Para el presente estudio la fiabilidad del instrumento fue de 0.80 Alpha Cronbach.

6.5, 3. Escala Autoestima de Rosenberg: Para medir el nivel de autoestima se utilizará la Escala de Autoestima de Rosenberg, la cual ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países, incluido Colombia. Esta Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40.

La escala de autoestima de Rosenberg, tiene 10 reactivos que se responden desde "muy en desacuerdo" a "muy en acuerdo". Cada uno se puntúa de 1 a 4, habiendo 5 reactivos inversos (1, 3, 4, 6, y 7).

Los rangos para determinar el nivel de autoestima son:

- ❖ 30 a 40 puntos - autoestima elevada, considerada como un nivel de autoestima normal.

- ❖ 26 a 29 puntos - autoestima media, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima graves, sin embargo sería conveniente mejorarla.
- ❖ Menos de 25 puntos - autoestima baja, en este tipo de rango existen problemas de autoestima significativos.

Se efectuó el coeficiente de Alfa de Cronbach por trabajar con escalas politómicas (Autoestima), obteniendo una consistencia interna de 0.85.

En referencia a la fiabilidad de la escala, ésta ha mostrado buenos niveles de consistencia interna y de estabilidad temporal tras los resultados del pilotaje realizado, en consonancia con anteriores estudios (Rosenberg, 1989).

6.5, 4. Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet. La escala de MSPSS está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información de apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta corresponde a una escala de tipo Likert que va desde 1: muy en desacuerdo a 7: muy de acuerdo.

Los rangos para determinar el apoyo social percibido son:

- ❖ Alto apoyo social percibido: sobre el percentil 75. O que la calificación este entre (43 - 48) puntos.
- ❖ Mediano apoyo social percibido: entre el percentil (25 - 75). O que la calificación este entre (32 - 41) puntos.
- ❖ Bajo apoyo social percibido: bajo el percentil 25. O que la calificación este entre (19 - 31) puntos.

El desarrollo y mayores antecedentes de esta escala se encuentran en Zimet et al. 1998, con una validez original de 0.85 y con una confiabilidad original de 0.88 (citado en Arechavala y Miranda, 2002). El instrumento fue traducido al español por Arechavala y Miranda, (2002), en Chile, la cual dio una validez de 0.88 y una confiabilidad de 0.87. Para el presente estudio la fiabilidad del instrumento fue 0.78 de Alpha Cronbach.

6.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Diagnóstico situacional de la realidad de las gestantes adolescentes, para conocer el factor sociodemográfico relacionado al embarazo en adolescentes	Consta de 7 ítems que van en concordancia con los factores sociodemográficos, relacionados al ENP en adolescentes. Presenta escala dicotómica	Encuesta Socio demográfica relacionado con el embarazo adolescente: Edad, sexo, Lugar de procedencia, estrato socioeconómico, educación sexual.
DEPRESIÓN	Vinaccia, Quintero, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobón y Zapata (2005), definen la depresión como un trastorno del humor que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, principalmente compuesta de tristeza y ansiedad, que tiende a asociarse a síntomas físicos y una reducción de la actividad social. La depresión constituye la disfunción mental más frecuente en la población general.	Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4	Escala De Zung Para la Depresión. Los rangos para determinar la depreseión son: No depresión: menos del percentil 50. 0 entre (40 - 50) puntos. Depresión leve: entre el percentil (51 -

		<p>puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 - 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones.</p>	<p>59). 0 entre (41 - 47) puntos.</p> <p>Depresión moderada: entre el percentil (60 - 69). 0 entre (48 - 55) puntos.</p> <p>Depresión grave: más del percentil 69. 0 más de 55 puntos.</p>
AUTOESTIMA	<p>Se entiende por autoestima la consideración positiva o negativa de uno mismo, siendo en castellano más tradicional la expresión <i>amor propio</i>.</p>	<p>La Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos. De lo que disponemos es del resultado obtenido al enfrentar al cuestionario a población normal, formada por</p>	<p>Escala De Autoestima De Rosenberg.</p> <p>Los rangos para determinar el nivel de autoestima son:</p> <p>30 a 40 puntos - autoestima elevada, considerada como un nivel de autoestima normal.</p> <p>26 a 29 puntos - autoestima</p>

		<p>estudiantes. Es de prever que en la población general se encuentren casos de individuos con diversos niveles de autoestima, siendo muy minoritarios los casos extremos, ya sea por máxima o mínima autoestima.</p>	<p>media, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima graves, sin embargo sería conveniente mejorarla.</p> <p>Menos de 25 puntos - autoestima baja, en este tipo de rango existen problemas de autoestima significativos.</p>
<p>APOYO SOCIAL PERCIBIDO</p>	<p>El apoyo social es comprendido como un complejo constructo de tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad de parte de la familia, amigos y otros.</p>	<p>La escala de MSPSS está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información de apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta corresponde a una escala de tipo Likert que va desde 1: muy en desacuerdo a 7: muy de acuerdo.</p>	<p>Escala De Apoyo Social Percibido De Zimet.</p> <p>Los rangos para determinar el apoyo social percibido son: Alto apoyo social percibido: sobre el percentil 75. 0 que la calificación este entre (43 -</p>

			48) puntos. Mediano apoyo social percibido: entre el percentil (25 - 75). O que la calificación este entre (32 - 41) puntos. Bajo apoyo social percibido: bajo el percentil 25. O que la calificación este entre (19-31) puntos.
--	--	--	--

6.7. Procedimiento

La recolección de los datos se llevó a cabo en un periodo de 4 semanas, los instrumentos son de carácter autoadministrados, permitiendo un promedio de aplicación de 5 minutos con respecto al instrumento. A su vez, se solicitó permiso a los padres de familia y a cada una de las participantes se les dio a conocer el objetivo del estudio y se les solicitó firmar el consentimiento informado de participación voluntaria, en el cual se dejaba constancia del carácter anónimo de la información entregada por ellos. Luego, se procedió a la tabulación de las encuestas aplicadas a la población objeto de estudio, con el programa SPSS versión 15.0. Después, el análisis estadístico de los resultados obtenidos y se determinaron los factores psicosociales de la población de estudio, así como su relación entre las variables de estudio por medio de la correlación de Spearman. Se hizo la discusión de los resultados y la presentación del informe final con la sustentación ante los jurados.

6.8. Aspectos Éticos

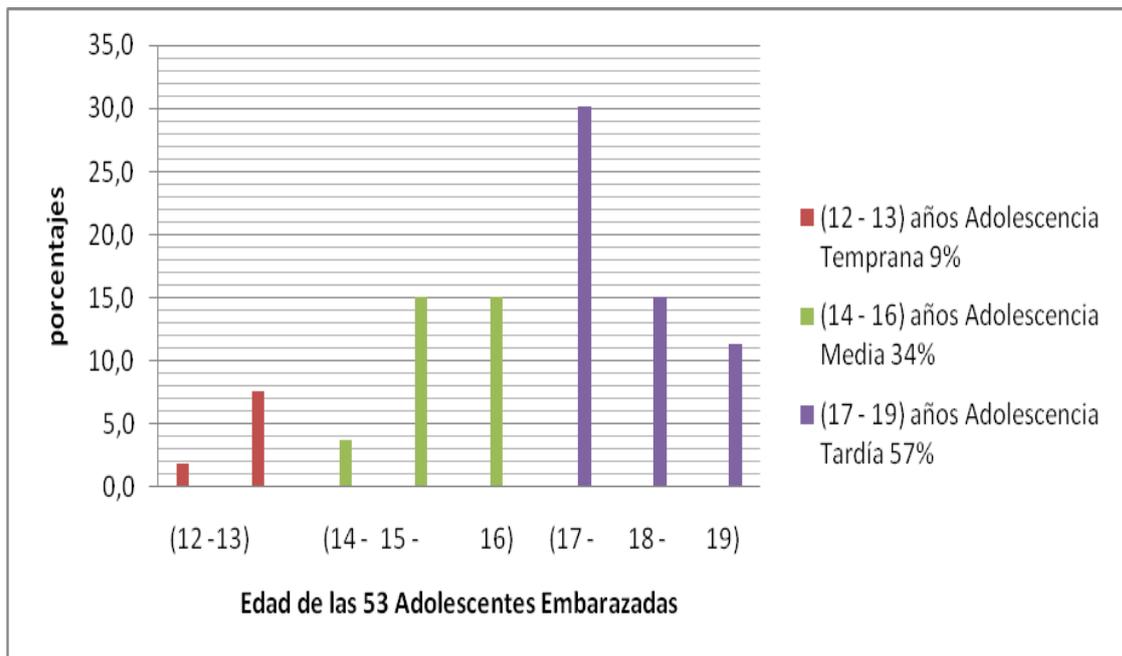
Este fue un trabajo de nulo o bajo riesgo para la salud humana, sin embargo se tuvo en cuenta los aspectos éticos para la investigación con seres humanos de que habla la ley del psicólogo 1090/2006 y la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia.

7. RESULTADOS

7.1. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

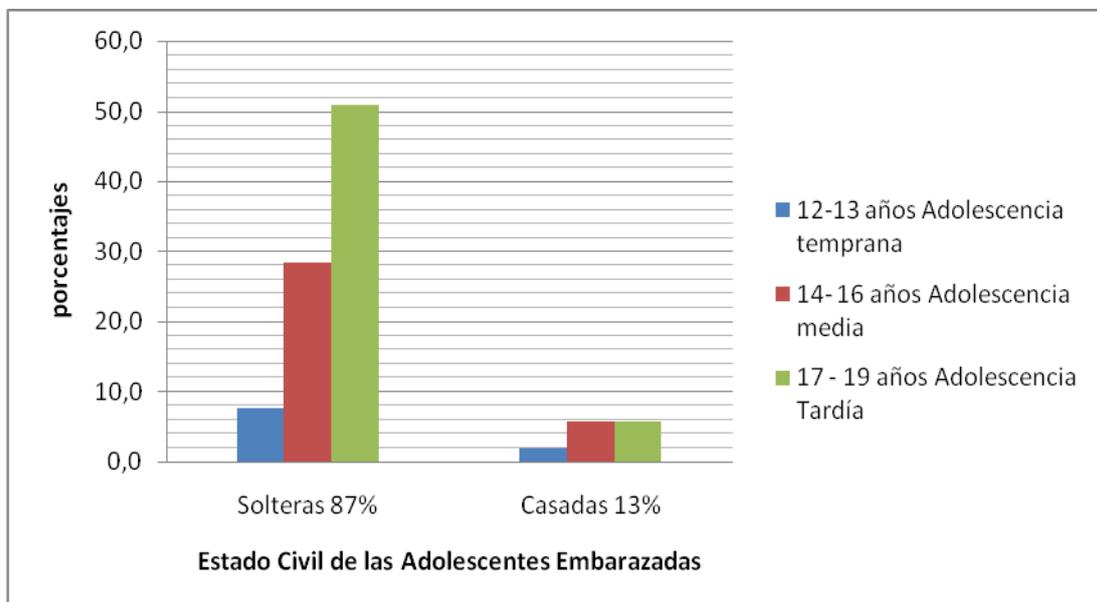
Para la aplicación de los instrumentos en cada una de las variables, se tomó una muestra de 53 adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años de edad, con una Media de 16.4 y una Desviación Estándar de 1.8, donde se presentaron en un 57% embarazadas en la etapa tardía de la adolescencia (17 - 19 años); (34%) adolescentes embarazadas entre las edades de 14 y 16 años (etapa media) y (9%) entre los 12 y 13 años en una etapa temprana. (Ver Gráfico No. 1).

7.1, 1. Edad. Gráfico No 1.



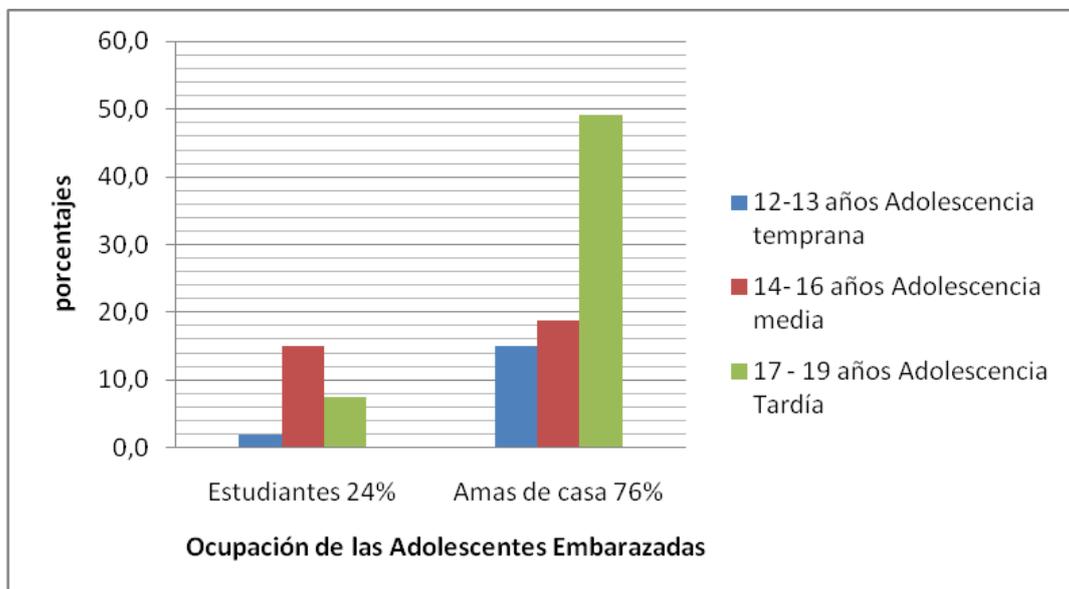
En cuanto al *estado civil* de las 53 adolescentes embarazadas 46 de ellas se encuentran solteras (87%). En el gráfico No. 2 indica que la mayoría de las embarazadas solteras se encuentran en la etapa tardía de la adolescencia (51%), en comparación con las embarazadas que se encuentran en la etapa media y temprana de la adolescencia (36%). También se encontró que sólo un 13% de las embarazadas adolescentes están casadas. (Ver gráfico No. 2).

7.1, 2. Estado Civil. Gráfico No. 2.



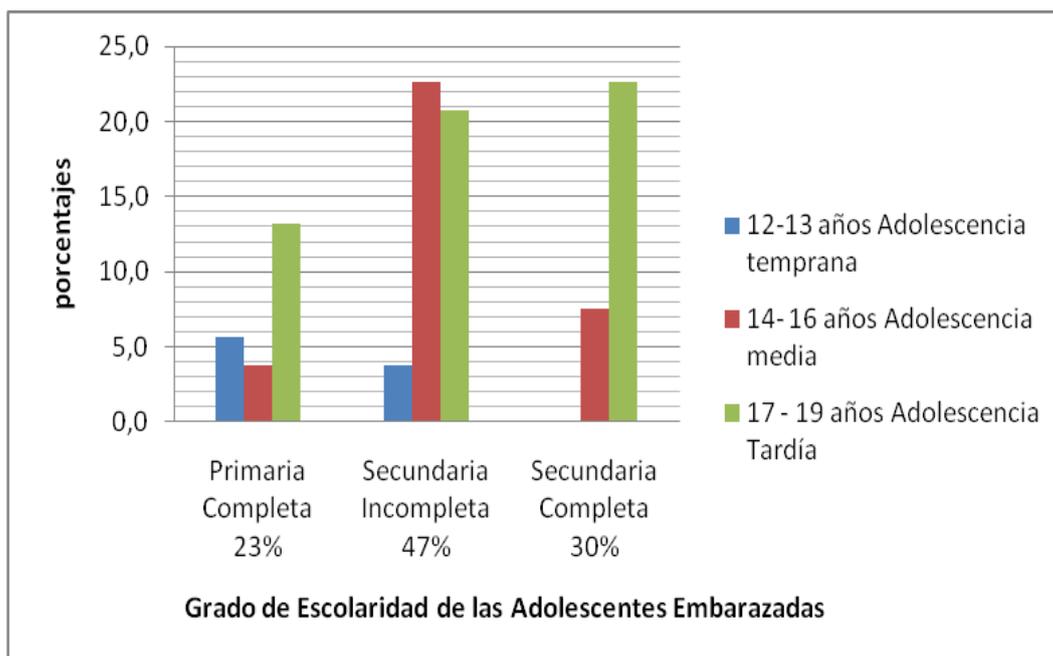
La ocupación de las adolescentes evaluadas es de ama de casa, con un 75%, así mismo, la mayoría se encuentran en una etapa tardía de la adolescencia (49%); el otro restante, un 19% se encuentra en la etapa media de la adolescencia y un 15% en la etapa temprana; sólo un 24% son estudiantes, donde el 15% se encuentran en una etapa media, el 7% etapa tardía y el 2% en la etapa temprana de la adolescencia. (Ver gráfico No. 3).

7.1, 3. Ocupación. Gráfico No. 3.



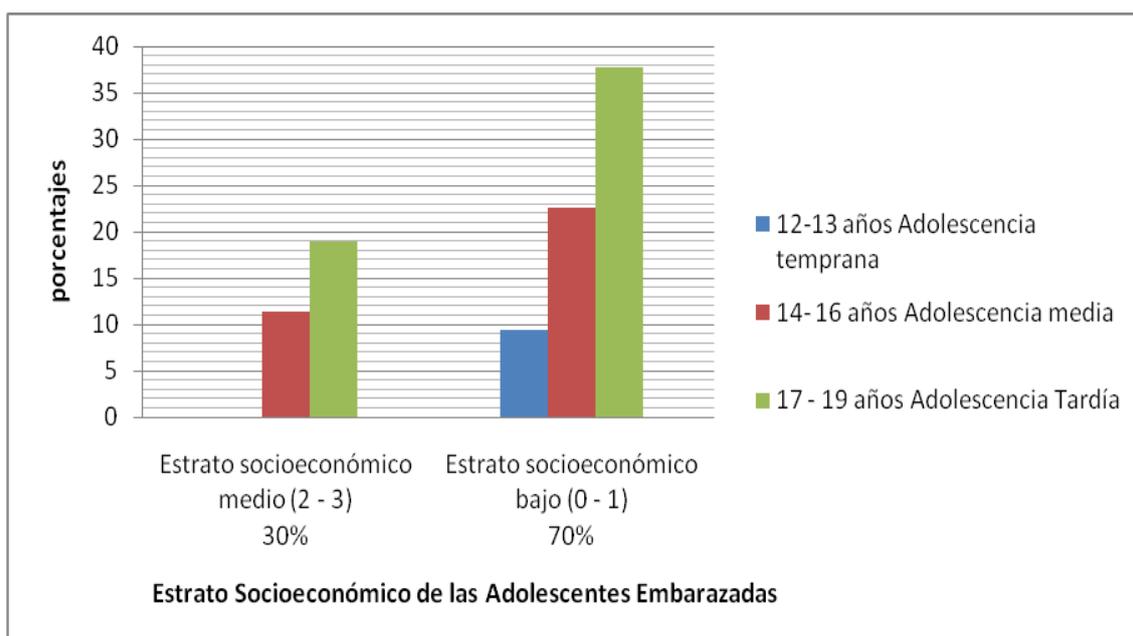
En el grado de escolaridad, las adolescentes embarazadas que se encuentran en una etapa tardía (13%) no han completado la primaria; un (21%) no ha completado su secundaria y solo un (23%) ha completado su secundaria. Las adolescentes que se encuentran en una etapa media de la adolescencia, (4%) no han completado su primaria; (23%) no han completado su secundaria y un (7%) han completado su secundaria. las adolescentes evaluadas que se encuentran en la etapa temprana (6%) no han completado su primaria y un (4%) no han completado su secundaria. (Ver gráfico No. 4).

7.1, 4. Grado de Escolaridad. Gráfico No. 4.



El estrato socioeconómico de las adolescentes evaluadas es bajo en un (70%), donde las adolescentes en etapa tardía presentan mayor porcentaje en el estrato socioeconómico bajo (38%) y un (30%) se encuentran en un estrato socioeconómico medio - bajo. Las adolescentes en etapa media se encuentran en estrato socioeconómico bajo (23%) y (11%) en estrato socioeconómico medio. Las adolescentes embarazadas en etapa temprana (9%) en estrato socioeconómico bajo, estas no presentaron estrato socioeconómico medio. (Ver gráfico No. 5).

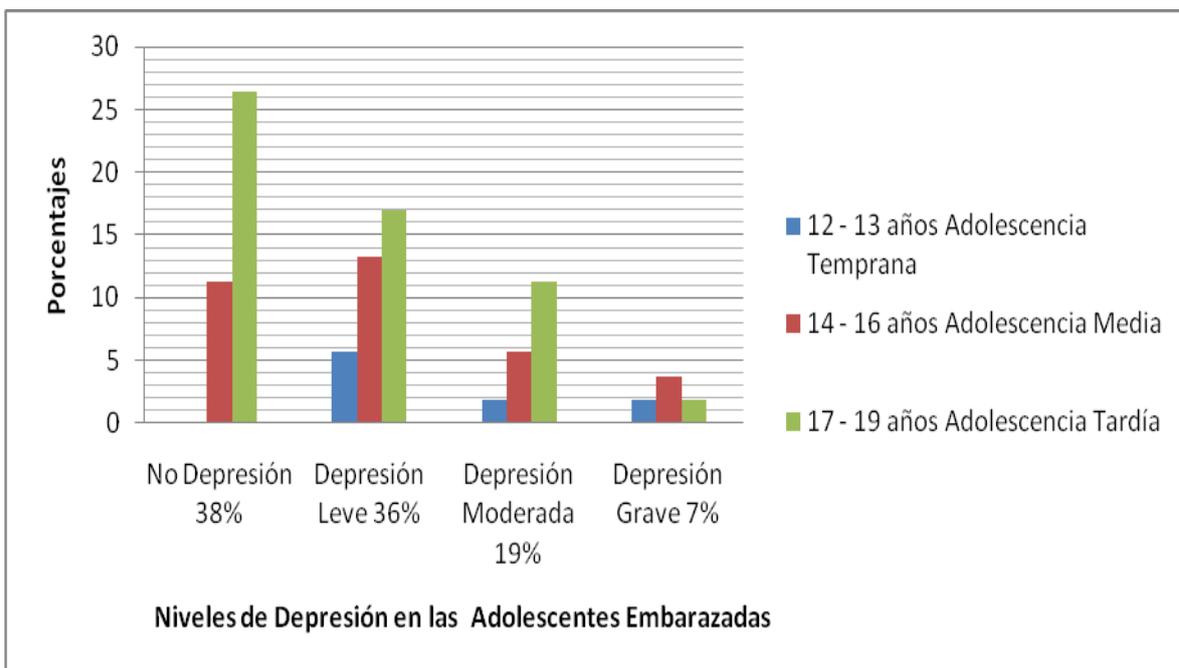
7.1, 5. Estrato socioeconómico. Gráfico No. 5.



7.2. ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN

En la tabla No. 8, se encontró que las mujeres adolescentes en embarazo evaluadas no presentan depresión en un 38%, un 36% presenta depresión leve, un 19% depresión moderada y un 7% depresión grave. (Ver gráfico No.8).

7.2,1. Niveles de Depresión. Gráfico No. 8.



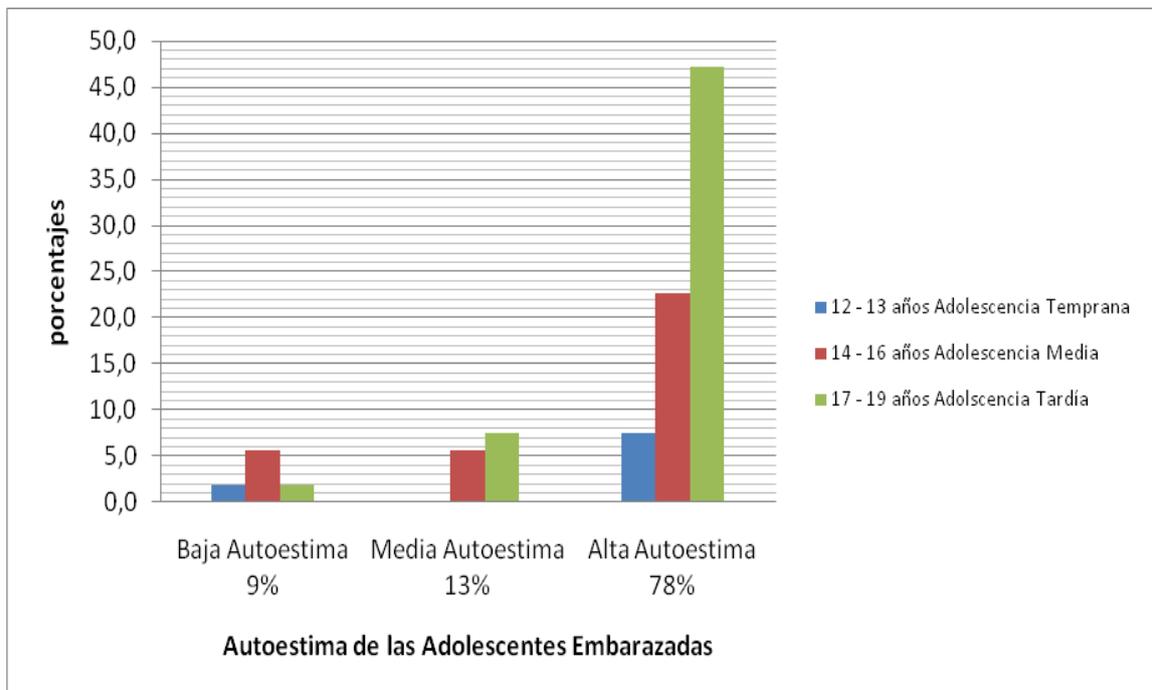
Las embarazadas evaluadas en una etapa temprana de la adolescencia presentaron depresión leve en un (6%); un (2%) de depresión moderada; también un (2%) depresión grave. Las adolescentes en etapa media presentaron depresión leve en un (13%); un (11%) que no presentaron depresión; (7%) depresión moderada y un (4%) de depresión grave; las adolescentes evaluadas en etapa tardía no presentaron depresión en un (26%); (17%) depresión leve; (11%) depresión moderada; (2%) depresión grave.

7.3. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

La autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo, evaluado en 53 mujeres embarazadas, se encontró que las mujeres en embarazo presentan en un 78% autoestima alta, seguida de autoestima medio con un 13% y sólo el 9% presentaron baja autoestima.

Las adolescentes en etapa temprana (12 - 13 años) presentaron bajo autoestima en un 2%, alta autoestima en un 7%; las adolescentes en etapa media presentaron un 6% de baja autoestima, 6% medio autoestima y un 23% autoestima alta; las adolescentes en etapa tardía presentaron 2% baja autoestima, 7% medio autoestima y 47% alta autoestima, notándose una gran diferencia entre las demás adolescentes de etapas tempranas. (Ver Gráfico No. 6).

7.3, 1. Niveles de Autoestima. Gráfico No. 6.



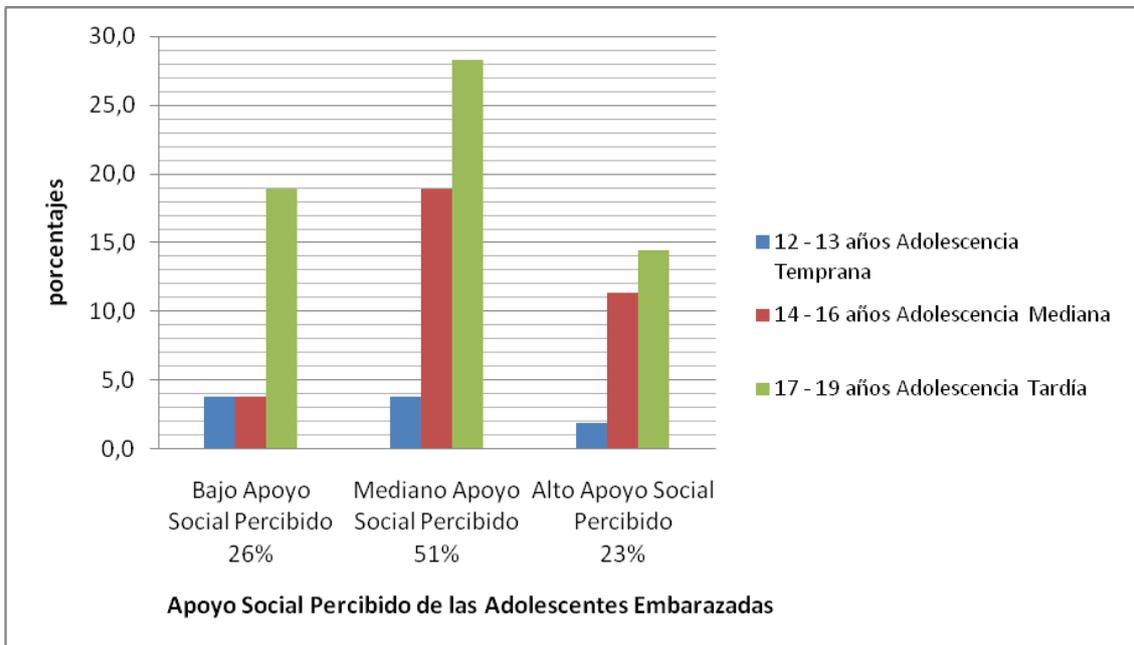
7.4. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET

El apoyo social es comprendido como un complejo constructo de tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad de parte de la familia, amigos y otros. En la tabla No. 7 se muestra que las mujeres en embarazo en un 51% perciben un apoyo

social mediano, un 26% perciben un apoyo social bajo, mientras que un 23% perciben un alto apoyo social de sus familiares, amigos y otros.

Las adolescentes en una etapa temprana perciben un bajo apoyo social en un 4%, otro (4%) perciben un mediano apoyo social y un (2%) alto apoyo social percibido. Las adolescentes en una etapa media presentaron un mediano apoyo social percibido en un 19%; alta percepción de apoyo (11%); (4%) de bajo apoyo social percibido. Las adolescentes en una etapa tardía percibieron un mediano apoyo social (51%); un (19%) de bajo apoyo social percibido y un (14%) alta percepción de apoyo social. (Ver gráfico No. 7).

7.4, 1. Nivel de Apoyo Social Percibido. Gráfico No. 7.



7.5. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA Y LAS VARIABLES INDEPENDIENTES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EVALUADAS.

En la presente investigación se aplicó la estadística del coeficiente de correlación de Spearman, es una medida de la correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables, para establecer la relación entre las variables. La interpretación de coeficiente de Spearman oscila entre -1 y +1, indicándonos asociaciones negativas o positivas respectivamente. De acuerdo a esto, se obtuvieron los siguientes resultados:

Existe una probable relación significativa ($,002$) entre el estado civil que presentaron las adolescentes embarazadas, donde la mayoría eran solteras (83%) con la ocupación de las evaluadas, donde el 76% eran amas de casa.

Existe una probable relación significativa ($,038$) entre la edad de las evaluadas, donde la mayoría se encuentra en una etapa tardía de la adolescencia, entre 17 y 19 años de edad en un (57%) con la no depresión y/o leve que arrojaron los resultados de las embarazadas evaluadas (74%).

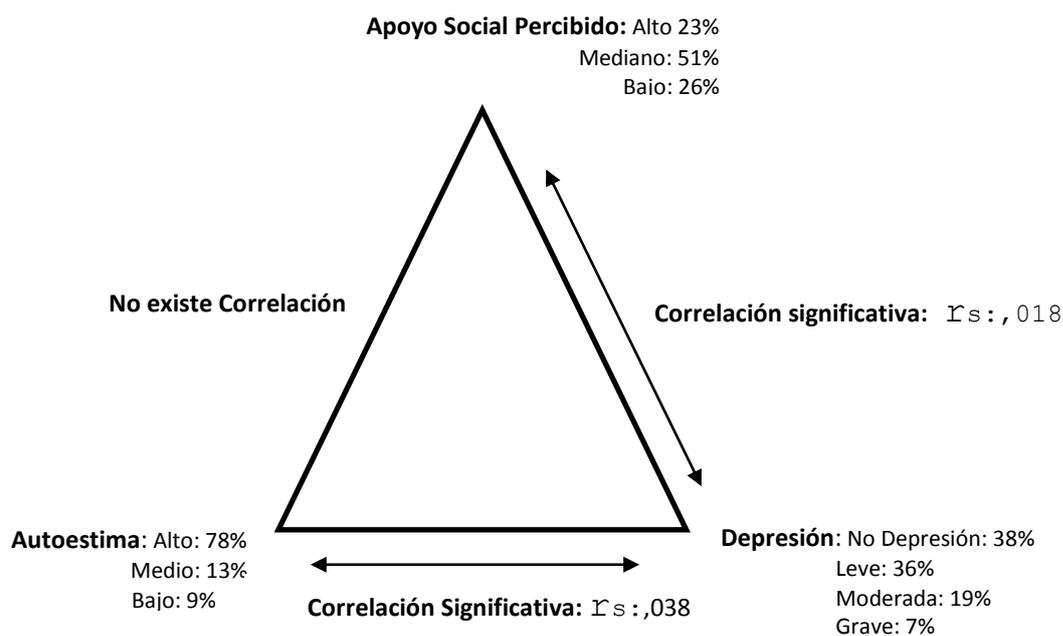
Es probable que la alta autoestima (78%) presentada en las adolescentes embarazadas este influenciado por el estrato socioeconómico (70%: bajo) en un $,055$.

Es probable que la no depresión y/o leve (74%) este influenciado por los altos niveles de autoestima (78%) presentes en las adolescentes evaluadas en un $,038$.

Posiblemente exista una relación significativa entre la no depresión y/o leve (74%) y el (51%) mediano apoyo social percibido presentado en las adolescentes embarazadas en un $,018$.

Es posible que el alto nivel de autoestima en las adolescentes evaluadas (78%) no influya en la mediana percepción (51%) de apoyo de las adolescentes por parte de sus familiares y amigos. (Ver gráfico No.9).

7.5, 1. Relaciones Entre Las Variables Principales de Estudio. Gráfico No.9.



r_s : El r de Spearman llamado también rho de Spearman.

Se pudo observar que existe una correlación significativa entre la variable Apoyo Social Percibido, donde las adolescentes embarazadas evaluadas, perciben un mediano apoyo social por parte de sus familiares, amigos y allegados en un (51%) y la variable Depresión, donde no se hallaron niveles de ánimo depresivo (74%). También, existe una probable correlación entre la variable Depresión (no depresión: 74%) con la variable de Autoestima, donde se encontraron altos niveles de estima propia (78%). Contrario a las demás variables, la alta Autoestima y el mediano Apoyo social Percibido de las adolescentes evaluadas, no tienen una correlación significativa.

8. DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue analizar el embarazo adolescente desde una perspectiva psicosocial, por lo cual, se tuvieron en cuenta aspectos emocionales, sociales y cognitivos como la depresión, la autoestima y el apoyo social percibido, de las 53 adolescentes evaluadas.

Según, lo afirmado por Monton, (2005), la adolescencia se le puede dividir en tres etapas: adolescencia temprana (10 a 13 años) con un predominio biológico, adolescencia media (14 a 16 años) en que se suman aspectos psicológicos y adolescencia tardía (17 a 19 años) en el que el factor social predomina. Dentro de los resultados de la encuesta sociodemográfica se encontró que de las 53 adolescentes evaluadas existe un mayor porcentaje de embarazadas en la etapa tardía de la adolescencia (entre 17 y 19 años de edad) con un 57%, lo cual corrobora lo encontrado por Rivera, (2003), quien manifiesta que la gran mayoría de los adolescentes aprenden la sexualidad a partir de otros adolescentes, transmitiéndose de esta manera conocimientos y creencias equivocadas. Las demás adolescentes se encuentran en una etapa media y temprana (43%). Es pertinente aclarar, que al momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación no se tuvo en cuenta las etapas de la adolescencia en los criterios de exclusión, pues la población estudiada era muy reducida.

En cuanto al estrato socioeconómico existen investigaciones que afirman que el embarazo en las adolescentes afecta a todos los estratos sociales y que este se presenta con mayor frecuencia en las adolescentes que pertenecen a sectores sociales más desprotegidos debido a la falta de

una buena educación sexual y el desconocimiento de métodos anticonceptivos (Muñoz et al., 2001; Restrepo, 1991; Vera, Gallegos y Varela, 1999, citados por Valdivia y Molina, 2003). Lo cual se confirma en la presente investigación donde se encontró que existe un mayor porcentaje de adolescentes viviendo en un estrato socioeconómico bajo (70%) y el otro restante viven en un estrato socioeconómico medio - bajo.

En cuanto al grado de escolaridad, en investigaciones anteriores se afirma que otro problema evidente de esta situación es la deserción escolar (Valdivia y Molina, 2003; Trujillo, 2007). En estudios realizados en E.E.U.U., se pudo observar que cerca del 50% de las embarazadas adolescentes desertan de la escuela. De igual forma, esta problemática se ha presentado en Chile, donde estudios muestran un porcentaje cercano al 70% de deserción escolar entre adolescentes embarazadas (Burrows, Rosales y Muzzo, 1994; Ferrada et al., 2002; Muñoz et al., 2001; Rojas, 1991; Vera, Gallegos y Varela, 1999, citados por Valdivia y Molina, 2003), en otro estudio también se encontró el mismo patrón de conducta en las adolescentes embarazadas, demostrando que del 50 al 70% de ellas abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios. Estudios que confirman lo encontrado en esta investigación, sólo un 23% ha completado su primaria; un 47% no ha completado su secundaria y un 30% han completado su secundaria. Lo cual es preocupante, ya que la mayoría de estas jóvenes han desertado de sus escuelas para dedicarse a actividades no acordes a su edad, en relación a esto, afirma Rivera, (2003), que más adelante, al volver de nuevo al colegio o a

buscar un trabajo, no lo logran, lo que tal vez las lleva desarrollar depresión.

Los resultados obtenidos en investigaciones precedentes indican que existen mayores niveles de depresión en las adolescentes en estado de gestación (Guijarri et al., 1999; Restrepo, 1991, citados en Valdivia y Molina, 2003). Contrario a los resultados obtenidos en esta investigación, donde de las 53 adolescentes embarazadas, muestran que el 74% no tienen niveles de depresión y que el 26% poseen niveles moderados de depresión.

Entre tanto, Trejo, Torres, Medina, Briones y Meneses, (2009), afirman que entre los adolescentes es mayor la probabilidad de padecer la depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios somáticos, fisiológicos y psicosociales, lo cual no es corroborado con los resultados obtenidos en el presente estudio. Esto podría deberse a que en nuestra investigación se halló un alto nivel de autoestima en este tipo de adolescentes.

Los resultados hallados en relación a la autoestima de las 53 adolescentes embarazadas, nos muestran que el 78% de las adolescentes embarazadas presentan altos niveles de estima propia; y un mediano apoyo social percibido en un 51%, contradiciendo los resultados de otras investigaciones, donde se han encontrado bajos niveles de autoestima, inseguridad, temor al rechazo, bajas aspiraciones en la vida, o un déficit importante en el nivel de control de las emociones, mala relación con los padres (Rivera, 2003). También, Valdivia y Molina, (2003), en su investigación afirman, que la adolescente al estar bajo la presión de situación tan complicada para ella a su edad, puede sentir que es rechazada, de igual forma experimentar sentimientos de poco apoyo por parte de sus padres. Además que las

adolescentes llegan a experimentar menor apoyo social percibido en el cual se destacan sentimientos de aislamiento y desinterés en las relaciones grupales. En investigaciones realizadas por estos mismos autores, que demuestran una relación entre la poca percepción del apoyo social y un pobre autoconcepto de sí mismas; asociado a su vez con los niveles mayores de la depresión.

Según Ramos, (2009), esta situación que están atravesando las adolescentes embarazadas, tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas. Sin embargo, en definitiva, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo, ya que en este estudio, se ha encontrado que las adolescentes evaluadas presentan una alta estima propia, un mediano apoyo social percibido y la no existencia de niveles altos de depresión, aunado al factor cultural en que fue efectuado el presente estudio, lo cual indudablemente ejerce influencias notorias, por lo cual es importante sugerir que otras investigaciones tengan en cuenta este factor cultural para poder determinar su influencia en los resultados encontrados en zonas y contextos diferentes. También, se podrían realizar estudios, donde se establezcan comparaciones entre sectores de estratos socioeconómicos bajos y altos para observar la aceptación o no de las adolescentes embarazadas.

En cuanto a los resultados de las relaciones entre apoyo social percibido, depresión y autoestima, se encontró que existe una relación entre el mediano apoyo social percibido

(51%) hallado en las 53 adolescentes embarazadas con los bajos niveles (leve) o la no existencia de depresión (74%). En una investigación realizada por Barra y Cols, (2005), los resultados muestran que existe una relación negativa entre ánimo depresivo y poco apoyo social percibido, refutando estos resultados con esta investigación, donde existe una relación positiva significativa debido a el mediano apoyo social percibido y la no existencia de depresión de las adolescentes evaluadas, es decir, a mayor apoyo social percibido mejor estado de ánimo tendrán las adolescentes embarazadas evaluadas.

Contrario a otras investigaciones, realizadas por Short y Slusher, (s. f), (citados en Valdivia y Molina, 2003), en las cuales las adolescentes embarazadas llegan a percibir menor apoyo social, sin negar que esta situación afecta la autoestima de la adolescente, en la presente investigación los altos niveles de autoestima encontrados en las adolescentes evaluadas durante este periodo no influyen de manera significativa en la variable de apoyo social percibido, debido a que no existe una relación directa con esta variable, solo existe una relación consecuente, en el que un estado lleva al otro, pero sin que esto forme un circulo vicioso o cerrado, debe ser porque a mayor percepción subjetiva de cariño y apoyo por parte de familiares, amigos y allegados se goza de mejor estado emocional, físico y mental (Valdivia y Molina, 2003), lo que refleja niveles de depresión bajos y por lo tanto debe existir una autoestima alta, tal cual como lo muestran los resultados del presente estudio. Por tal razón no existe una correlación significativa entre estas dos variables.

9. CONCLUSIÓN

Según los resultados obtenidos en la presente investigación se puede afirmar que la mayoría de las embarazadas evaluadas se encuentran en una etapa tardía de la adolescencia, entre 17 y 19 años de edad; además que han dejado de estudiar para ocuparse en los quehaceres de la casa (76%), lo cual es preocupante, ya que según Valdivia y Molina en una investigación realizada en el año 2003, del 50 al 70% de las adolescentes embarazadas abandonan sus escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación, sólo un 2% completan estudios universitarios. Resultados demostrados en la actual investigación, donde la mayoría de las evaluadas han desertado de sus estudios y realizan tareas impropias para su edad. Esto a su vez trayendo consigo problemas psicosociales por truncamientos del proyecto de vida, (Ahued - Ahued, Lira - Plascencia y Simón - Pereira, 2001); también, Rodríguez, (2006). Además, limitación de la oportunidad educacional, en la cual se compromete la posibilidad de autosuficiencia económica, desarrollo cultural frustrado de la pareja, comenzar a trabajar sin la debida preparación cultural, interrupción de los estudios y de la preparación técnica y profesional. Por otra parte, la mayoría de las adolescentes evaluadas se encuentran solteras y un 13% están casadas; tal vez, puedan ir al matrimonio sin una debida madurez, a vivir en condiciones de franca promiscuidad y hacinamiento, sobretodo sentimiento de frustración por no poder realizar tareas propias de su edad, frustración, que puede ocasionar trastornos del estado del ánimo, como la depresión (Rodríguez, 2006).

Por otra parte, las adolescentes viven en un estrato socioeconómico bajo, esto podría imposibilitar sus proyectos de vida, o los hace más difíciles de emprender.

En cuanto a las variables principales de estudio y la relación entre ellas, en general, se puede afirmar que las adolescentes embarazadas no presentan niveles considerables de depresión, por el contrario, tienen altos niveles de estima personal y un mediano apoyo social percibido.

Trejo, Torres, Medina, Briones y Meneses, (2009), afirman que entre los adolescentes es mayor la probabilidad de padecer la depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios somáticos, fisiológicos y psicosociales, definiendo a su vez su sentido de identidad, autonomía, con escasas expectativas de éxito personal y social. Es decir, que una persona, por estar atravesando por la etapa de la adolescencia, tiene mayor predisposición a sufrir problemas psicológicos como la depresión; sin embargo, en el presente estudio se encontró que las adolescentes evaluadas no presentaron niveles representativos de depresión, aunado a encontrarse en periodo de embarazo.

Por otro lado, las adolescentes evaluadas algunas veces perciben un apoyo de sus familiares amigos y allegados, es decir, cuando necesitan algo a veces o con frecuencia saben que alguien las puede ayudar; tienen seguridad que pueden conversar tranquilamente de sus problemas con sus familias y amigos, sienten un interés por parte de sus allegados y familiares por lo que sienten y las apoyan en sus decisiones, entre otros. El mediano apoyo social percibido hallado en la mayoría de las 53 adolescentes embarazadas posiblemente influya de manera significativa en los bajos niveles de depresión encontrados en las mismas.

También se encontró que los resultados arrojados en la no existencia de depresión encontrada en la mayoría de las adolescentes influyen de manera significativa en el alto nivel de autoestima que presentaron las adolescentes embarazadas evaluadas (78%), refutando así, las afirmaciones hechas por Valdivia y Molina, en el año 2003, estudio realizado en Chile, donde encontraron altos niveles de depresión asociados a un bajo nivel de autoconcepto general en adolescentes embarazadas.

Como se mencionó anteriormente, las adolescentes embarazadas presentaron niveles significativamente altos de estima propia, relacionándose con los niveles bajos de depresión. Se puede afirmar, que a menores niveles de depresión, mayor estima propia tendrán las adolescentes en cinta, podrán tener mayor confianza en el futuro, seguridad en sus decisiones y disfrutarán más de su vida; se sentirán más dignas de aprecio y verdaderamente útiles a pesar de las dificultades que trae la nueva responsabilidad de un hijo, los cuales generan cambios tan importantes en la adolescente, como a quienes las rodean y lo que comenzó como un drama familiar puede variar por la adaptación a la nueva situación, transformando en forma sustancial el panorama (Solum, 2001).

El haber encontrado altos niveles de estima propia en las adolescentes embarazadas, es seguramente un punto a favor para las adolescentes evaluadas en este estudio, ya que esto hace que se sientan motivadas a cumplir sus sueños, a pesar de los obstáculos, y de lo difícil que pueda ser enfrentar esta situación tal vez desconocida, como lo es, el embarazo ó si hay aceptación social por parte de las adolescentes embarazadas en estratos socioeconómicos bajos.

Por todo esto, se deberían establecer estrategias que mejoren y motiven las jornadas académicas en las Instituciones del Distrito de Santa Marta y se preparen programas de prevención del embarazo en las adolescentes, el diálogo abierto sobre los riesgos y las repercusiones que lleva implícita la actividad sexual precoz sin precaución, donde no solamente se deben tener en cuenta los aspectos psicológicos, sino también, las complicaciones de salud física mencionadas anteriormente en la justificación y el marco teórico del presente trabajo, y aunque los resultados de las adolescentes evaluadas no demostraron altos niveles de depresión, ni bajos autoestima y tampoco un bajo apoyo social percibido, no está de más seguir implementando estrategias de prevención en esta problemática social. Se debe tener en cuenta, que no se podrá hacer una generalización de los resultados en esta población, debido a las pocas adolescentes con la que se trabajó, para esto se deberían hacer estudios con una muestra de población más grande, donde se tomen otros temas relacionados y se hagan comparaciones. Además, sería pertinente que se propicien más oportunidades de preparación educativa para que éstas jóvenes puedan encontrar una mejor calidad de vida. Programas de motivación y emprendimiento en proyectos de vida saludables y viables. Escuela para padres, donde se resalte la comunicación entre padres e hijos.

Al contrario de lo hallado en otras investigaciones, en donde la preocupación principal en otras investigaciones, en el caso del embarazo adolescente no está centrada en las condiciones físicas y sus riesgos, sino mas bien en las crisis psicológicas y sociales que pueden llegar a producir depresión, intentos suicidas, pérdida de autonomía, dificultades para relacionarse con las otras personas,

sentimientos de desamparo y de soledad e incapacidad para proyectarse en el futuro (Rivera, 2003), la cual tal vez puedan desarrollar al ver tantos obstáculos para cumplir sus sueños.

En conclusión en la presente investigación estas variables de apoyo social percibido, depresión y autoestima no fueron significativas durante el desarrollo de un embarazo no deseado. No obstante, deben tomarse con cautela estos resultados, dado que el método utilizado no permite hacer relación causa efecto, por tanto su generalización se limita a la población de las madres FAMI de la ciudad de Santa Marta. Se sugieren nuevos estudios sobre esta misma temática, en los cuales no sólo se incluyan otro tipo de variables, tales como religiosidad, tipo de familia, entre otras, sino se hagan extensivos a otro tipo de poblaciones adolescentes de distintos estratos sociales y preferiblemente con diferentes subculturas y culturas adolescentes nacionales e internacionales.

10. REFERENCIAS

- ✚ Ahued - Ahued, J., Lira - Plascencia, J. y Simón - Pereira, L. (2001). La adolescente embarazada: Un problema de salud pública. *Cirugía y Cirujanos*, 69(6), 300 - 303.
- ✚ Aláez, A. (2003). El comportamiento sexual y anticonceptivo de los adolescentes: evaluación de necesidades en el contexto de un programa de salud (programa joven). P 7. obtenido el 26 de octubre de 2007 desde la base de datos Ebrary.
- ✚ Arechabala, C. y Miranda, C. (2002). Validación de una Escala de Apoyo Social Percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49 - 55.
- ✚ Barra, E., Cancino, V., Lagos, G., Leal, P. y San Martín, J. (2005). Factores Psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(002), 231 - 239.
- ✚ Barrera, F. y Vargas, E. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 115 - 134.
- ✚ Caballero, C. (2007). Tendencia de la salud reproductiva femenina en Colombia. Periodo portafolio, publicado el 5 de febrero de 2007.
- ✚ Carvajal, R. (2006). Embarazo en adolescentes afro descendientes. Extraído el día 30 de septiembre/ 07 desde fuente
<http://www.universia.net.co/investigación/destacado/embarazo-en-adolescentes-afrodescendientes.html>

- ✚ Castillo, M., Meneses, M., Silva, J., Navarrete, P. y Campo, A. (2003). Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. MEDUNAB, 6, 137 - 143.
- ✚ Ceballos, G. y Campo - Arias, A. (2005). Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años, Santa Marta. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacionalidad, Colombia, 54, 4 - 11.
- ✚ Cuevas, A. (2007). Embarazo en adolescentes: Una visión desde la realidad Colombiana. Extraído el 25 de noviembre de 2007 desde http://www.provida.es/pensamiento/publicaciones/Aura_Cuevas.htm
- ✚ DSM - IV- TR BREVIARIO. (2004). Criterios diagnósticos. Criterios Diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor. Masson S.A.
- ✚ FEIM. (2003). Embarazo y maternidad adolescente, caras de la inequidad social extraído el 25 de noviembre de 2007 desde http://www.lacapital.com.ar/2007/11/19/ciudad/noticia_428636.shtml.
- ✚ Ferrer, Y. (2007). Colombia: Madres antes de los 15 años. Extraído el día 26 de noviembre de 2007 desde <http://www.mujereshoy.com/secciones/1118.shtml>.
- ✚ Hernández, R., Fernandez, C y Batista, P. (2006). Metodología de la investigación, México, Mc Graw Hill, Ed. cuarta.
- ✚ Issler, J. (2001). Embarazo en la Adolescencia. Revista de Postgrado de la cátedra, 107, 11-23, revisada el 2 de abril de 2007., extraído el día 25 de septiembre de 2007 desde

http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

- ✚ Lechuga, A., Martínez, Y., Ruiz, R., Salvador, J. y Terrones, A. (2006). Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Salud pública de México* 42, 99-105.
- ✚ Montón, J. (2005). Estilos de vida, hábitos y aspectos psicosociales de los adolescentes. Estudio de la población de 10 a 19 años de Pozuelo de Alarcón y Leganés. Obtenido el 26 de octubre de 2007 desde la base de datos de Ebrary.
- ✚ Pérez, N. (2006). Riesgos del embarazo en la adolescencia. Análisis comparativo en dos áreas de salud atendida por el médico de familia. *Ilustrados.com*. obtenido el 26 de octubre de 2007 desde la base de datos Ebrary.
- ✚ Profamilia. (2007). Resumen de Situación de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes del País. Ministerio de protección social. Dirección General de Salud Pública, Colombia.
- ✚ Rivera, S. (2003). Embarazos en adolescentes: aspecto de tipo social, psicológico y cultural. Extraído el día 23 de octubre de 2009 de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf>.
- ✚ Rodríguez, L. (2006). Sobre el embarazo en la adolescencia. Extraído el día 3 de septiembre de 2007 desde <http://www.monografias.com/trabajos38/embarazos-en-adolescencia/embarazo-en-adolescencia>
- ✚ Romero, M. (2001). Embarazo en la adolescencia. Extraído el día 25 de septiembre de 2007 desde <http://escuela.med.puc.cl/páginas/OPS/Home.html>.
- ✚ Solum, D. (2001) *Adolescencia y juventud en América latina edición libre universitario regional*. Extraído

- el día 23 de octubre de 2009 de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
- ✚ Torres, C. (1999). Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de lima Perú. Editorial la ventana no. 16 /2002. Extraído el día 23 de octubre de 2009 de <http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/laventan/Ventana16/16-3.pdf>.
 - ✚ Trejo, H., Torres, J., Medina, M., Briones, JC. y Meneses, J. (2009) Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Revista mexicana de pediatría, volumen 76 no. 1. Enero febrero pp. 9- 12.
 - ✚ Trujillo, D. (2007). 30 de cada 100 embarazos en el país son de adolescentes. Diario Co Latino, 24, 11 2007. Obtenido el día 25 de noviembre de 2007 desde <http://www.diariocolotino.com/es/20071124/nacionales/49557/>
 - ✚ Valdivia, M. y Molina, M. (2003). Factores psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de psicología, XII, 002, 85 - 109.
 - ✚ Vinaccia, S., Quinceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005) calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. Psicología y Salud, 15, 002, 207-220.
 - ✚ Welti, C. (2006). Inicio de la vida sexual y reproductiva. (p. 150) México: Red Papeles de Población, Consulado el 20 de mayo de 2007, desde <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaunimagsp/Doc?id=10123251&ppg=10>

✚ Zuluaga, C. (2003). Embarazo adolescente y sus riesgos. Diario Co Latino, 19, 11 2004. Obtenido el día 26 de octubre de 2009 desde <http://www.diariocolotino.com/es/20071124/nacionales/49557/>

11. ANEXOS

11.1. ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN

Por favor complete el cuestionario considerando sólo como te has sentido durante las dos últimas semanas. Marque con una equis (X) la que se aproxime a su situación, si se equivoca encierre la respuesta en un círculo.

No.	Preguntas	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1.	Se siente triste y decaído				
2.	Se siente mejor en las mañanas				
3.	Ha tenido ganas de llorar o ha llorado				
4.	Ha dormido mal, se despierta más temprano de lo habitual				
5.	Está comiendo como siempre				
6.	Ha notado que ha perdido peso				
7.	Ha tenido estreñimiento				
8.	Ha tenido palpitaciones				
9.	Se ha sentido cansado sin razón aparente				
10.	Ha tenido su mente tan despejada como siempre				
11.	Se le hace fácil hacer las cosas como antes				
12.	Se ha sentido inquieto, intranquilo				
13.	Se ha sentido más irritable que de costumbre				
14.	Le ha sido fácil tomar decisiones				
15.	Se sentido útil y necesario				
16.	Ha disfrutado con sus actividades cotidianas				
17.	Ha mantenido el deseo sexual o el interés en el sexo				
18.	Tiene confianza en el futuro				
19.	Encuentra agradable vivir				
20.	Cree que los demás descansarían con su muerte				

11.2. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG - 1965

La autoestima es el reflejo de la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal. Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, contesta las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada.

Respuestas:

A: Muy en de acuerdo

B: De acuerdo

C: En desacuerdo

D: Muy en desacuerdo

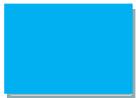
No.	Preguntas	A	B	C	D
1.	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2.	Me inclino a pensar que, en conjunto soy un fracasado/ a				
3.	Creo que tengo varias cualidades buenas				
4.	Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente				
5.	Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí				
6.	Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a				
7.	En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a				
8.	Desearía valorarme más				
9.	A veces me siento verdaderamente inútil				
10.	A veces pienso que no sirvo para nada				

11.3. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET

- 1: Casi nunca
 2: A veces
 3: Con frecuencia
 4: Siempre o casi siempre

No.	Preguntas	A	B	C	D
1.	Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2.	Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar				
3.	Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme				
4.	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
5.	Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
6.	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme				
7.	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
8.	Puedo conversar de mis problemas con mi familia				
9.	Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
10.	Hay una persona que se interesa por lo que yo siento				
11.	Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12.	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

11.3. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN



: Significancia Estadística Bilateral entre variables.

