



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"HERMILIO VALDIZÁN" DE HUANUCO**



**ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE
VIDA PERCIBIDA POR ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES LIMA-2014**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE:
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

TESISTA: MG. IRMA JAIMES RÍOS

HUANUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo

A Dios que me ha dado la vida y fortaleza
para terminar esta tesis de investigación,

A mis Padres por estar ahí cuando más los necesité; en
especial a mi madre por su ayuda y constante cooperación y

A mi esposo por apoyarme y ayudarme en los
momentos más difíciles.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio y lograr mis objetivos en esta tesis doctoral, además por su infinito amor y bondad.

A mis padres, esposo, familia, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Además un agradecimiento especial a este recurso humano y valioso, que es para la sociedad y la realización de esta investigación, madres adolescentes embarazadas, usuarias del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, que dieron todo su apoyo y compartieron sus vivencias en cada encuentro para el desarrollo de este trabajo.

A mis amigos, que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Mg. Laura Luis Osorio, Lic. Olga García Guardamino, Mg. José Márquez Altuna, Mg. Huberto Hidalgo Jara, por haberme ayudado a realizar este trabajo, desde lo más profundo de mi ser y ánimo y sobre todo amistad y cariño.

Finalmente a los maestros, Dra: Nancy Veramendi Villavicencios, Dr: Ewer Portocarrero Merino Dra: Enit Villar Carbajal, Dra: Silvia Marttell Chang aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino en el doctorando, y que contribuyeron con su apoyo en las asesorías y solución de dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

GRACIAS A TODOS.

RESUMEN

OBJETIVO: Demostrar el efecto de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio de tipo experimental con dos grupos de 29 adolescentes embarazadas, procedentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima 2015. Se utilizaron guía de entrevista, ficha de análisis documental, escala de evaluación de la situación problemática, escala del Afrontamiento y cuestionario de calidad de vida. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó el análisis multivariada (ANOVA).

RESULTADOS: En general, las medias de las puntuaciones de la situación problemática en la vida de las adolescentes embarazadas, estrategias de afrontamiento y calidad de vida entre los dos grupos de experimental y control en los diferentes momentos evaluados de post estrategia, al mes y 2 meses post estrategia fueron significativos estadísticamente ($p \leq 0,05$). Asimismo, en el grupo experimental se encontró diferencias significativas entre el momento basal y los tres momentos posteriores ($p \leq 0,05$). En cambio, en el grupo control, no se evidenció diferencias significativas entre el momento basal y los 3 momentos posteriores ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES: Las estrategias de afrontamiento mejora la calidad de vida de las adolescentes embarazadas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas-Lima.

Palabras clave: *estrategias de afrontamiento, calidad de vida, embarazo, adolescente.*

SUMMARY

OBJECTIVE: Demonstrate the effect of coping strategies in the quality of life perceived by pregnant teens.

METHODS: Experimental study with two groups of 29 pregnant teenagers from Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2015. Comas -Lima conducted interview guide, record documentary analysis, evaluation scale of the problem situation were used, Coping scale and quality of life questionnaire . For the inferential analysis of results on multivariate analysis (ANOVA) was used.

RESULTS: Overall, the mean scores of the problematic situation in the life of the pregnant adolescents, coping strategies and quality of life between both experimental and control groups at different times post evaluated strategy, per month and 2 months post strategy were statistically significant ($p \leq 0.05$) . Also in the experimental group significant differences between baseline and the three subsequent times ($p \leq 0.05$) it was found. In contrast, in the control group, no significant differences between baseline and the 3 subsequent moments ($p > 0.05$) was evident.

CONCLUSIONS: Coping strategies improves the quality of life of pregnant teenagers Sergio E. Bernales National Hospital, Comas -Lima.

Keywords: *coping strategies, quality of life, pregnancy, teen.*

RESUMO

OBJETIVOS: Demonstrar o efeito de estratégias de enfrentamento da qualidade de vida percebida por adolescentes grávidas.

MÉTODOS: Estudo experimental com dois grupos de 29 adolescentes grávidas do Hospital Nacional Sergio Bernales, E. 2015. Comas Lima - guia de entrevista conduzida, análise documental registro, foram utilizados escala de avaliação da situação-problema, lidar escala e questionário de qualidade de vida. Para a análise inferencial dos resultados a análise multivariada (ANOVA).

RESULTADOS: No geral, os escores médios da situação problemática na vida das adolescentes grávidas, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida entre os grupos experimental e controle em diferentes tempos pós avaliada estratégia, por mês e 2 meses após estratégia foram estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$). Também no grupo diferenças significativas entre experimentais linha de base e as três vezes subseqüentes ($p \leq 0,05$) foi encontrado. Em contraste, no grupo controle, não houve diferenças significativas entre o baseline e os 3 momentos subseqüentes ($p > 0,05$) foi evidente.

CONCLUSÕES:

Estratégias de enfrentamento melhora a qualidade de vida de adolescentes grávidas Sergio E. Bernales Hospital Nacional, Comas Lima.

Palavras-chave: *estratégias de enfrentamento, qualidade de vida, a gravidez, adolescente.*

INTRODUCCION

La adolescencia constituye una etapa de desarrollo del ser humano que se caracteriza por importantes cambios tanto a nivel biológico, como psicológico y social. Estos cambios vinculados al desarrollo requieren estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y transición efectivas¹.

El concepto afrontamiento, implica estrategias conductuales y cognitivas destinadas a lograr una adaptación y transición efectivas en las diversas situaciones problemáticas a las que se ve enfrentado un sujeto a lo largo de su desarrollo. Aunque, implícitamente, el número de estrategias de afrontamiento que están disponibles es ilimitado, la primera generación de investigadores comenzó a identificar y estudiar dos dimensiones básicas de respuesta: las estrategias basadas en la emoción y basadas en el problema. No todos los individuos responden del mismo modo: factores sociodemográficos, personales y contextuales guardan relación con el tipo de respuesta de afrontamiento. En diversas investigaciones se llegó a la conclusión que el estrés se presenta de modo elevado en las adolescentes embarazadas y afectaba sus percepciones, su estilo de afrontamiento y su embarazo. Por otra parte, en un estudio exploratorio realizado en nuestro medio con que se encontró una tendencia de estas jóvenes a implementar estrategias que permitan resolver el problema aunque predomine un sentimiento de preocupación no productivo. Por otro lado, en diversos países, se verificó que éstas utilizaban la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción positiva. Le seguían, en orden de frecuencia de uso, la estrategia centrada en el problema y la búsqueda de apoyo².

El modo en que las adolescentes afronten esta situación puede establecer patrones de conducta para su vida adulta; asimismo la forma en que hacen

VIII

planes y preparan su futuro puede tener grandes consecuencias sociales: los ajustes que se produzcan y los comportamientos derivados determinarán, en gran parte, su futuro. Adquiere, entonces, gran relevancia la forma en la que afronten los conflictos implicados en su ciclo vital, tanto en el nivel individual cuanto social³.

En ese sentido, el estudio se organizó en cinco capítulos. En el primero comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables, la justificación e importancia y la factibilidad y limitaciones del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema, las definiciones conceptuales y la base epistémica.

En el tercer capítulo se ostenta la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, y las técnicas de recolección y procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación. Y, en el quinto capítulo se menciona la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las sugerencias. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
RESUMO	VI
INTRODUCCIÓN	VII

CAPÍTULO I**EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	08
– Problema general	08
– Problemas específicos	08
1.3. Objetivos	09
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	09
1.5. Variables	10
1.6. Justificación e importancia	13
1.7. Viabilidad	15
1.8. Limitaciones	16

CAPÍTULO II**MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes	19
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definiciones conceptuales	30
2.4. Bases epistémicos	46

CAPÍTULO III**METODOLOGIA**

3.1. Tipo de estudio	49
3.2. Diseño y esquema de la investigación	49
3.3. Población y muestra	33
3.4. Instrumentos de recolección de datos	52
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	56
3.6. Consideraciones éticas	61

CAPÍTULO IV**RESULTADOS**

4.1. Presentación y análisis descriptivo de los resultados	62
4.2. Análisis inferencial de los resultados	99

CAPÍTULO V**DISCUSION**

5.1. Discusión de los resultados	105
----------------------------------	-----

CONCLUSIONES	110
---------------------	-----

SUGERENCIAS	111
--------------------	-----

BIBLIOGRÁFIA	112
---------------------	-----

ANEXOS	129
---------------	-----

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

A nivel mundial las y los adolescentes representan el 20% de la población total y de este 20%, el 85% se encuentra en los países en vías de desarrollo.⁴

Se considera la adolescencia como una etapa bien definida de la vida del ser humano. Comprende un período de transición entre la niñez y la adultez y está caracterizada por cambios notables en el desarrollo físico, mental, emocional y social del individuo^{5,6}. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: “Etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años).

En el Perú, la población adolescente representa aproximadamente la quinta parte de la población total (20,72%), superando cuantitativamente a la población infantil, el total de adolescentes (51,93%) tienen edades comprendidas entre los 10 y los

14 años, el Perú es considerado como un país de adolescentes y jóvenes, que se encuentra en proceso de contar con mayor población en edad para trabajar en relación a su población dependiente. Este fenómeno es denominado como “Bono demográfico” y es considerado por algunos expertos, como un “milagro económico” debido a que el buen aprovechamiento del mismo garantizaría el desarrollo del país.⁷

La maternidad adolescente es mayor mientras menor sea el nivel educativo y mayor el de pobreza; los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres con educación primaria (33%), entre aquéllas que residen en la Selva (29%), entre las que se encuentran en el quintil de riqueza inferior (32 %) y en el área rural (21%). Otro dato relevante dado por según UNICEF señala que el 60% de embarazos en niñas entre los 12 y 14 años tienen su origen en la violación.

Cabe resaltar que el embarazo y la maternidad en la adolescencia no corresponden a un deseo de maternidad en esa etapa de la vida. En el 2000 un 85% de las adolescentes solteras gestantes o ya madres afirmaban que hubieran preferido no tener ese embarazo en ese momento. Aún en las adolescentes en convivencia, 87% hubiera preferido un hijo después o no quería tener hijos⁸; esta situación va de la mano con un inicio precoz de las relaciones sexuales además de la pobre información sobre salud sexual y planificación familiar⁹. Percibiéndose así en la etapa de la adolescencia un déficit de conocimiento sobre estos temas aún más si a esta problemática

añadimos el tabú que se crea a su alrededor de estos temas por parte de la familia y/o instituciones educativas.¹⁰

Es de reseñar también, estos resultados ponen de manifiesto que, en los grupos de adolescentes estudiados, el embarazo establece diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan. El proceso del embarazo podría haber estado confrontando a las jóvenes de este Grupo (embarazadas) con la importancia de este hecho y la consecuente responsabilidad de la misma. Con frecuencia los adolescentes actúan más en términos de consecuencias próximas o inmediatas que distantes o mediatas. Es probable que a partir de la manifestación de la gestación hayan desarrollado conductas que indiquen culpabilidad o responsabilidad frente a la situación. El hecho de autoinculparse las sumiría probablemente en una posición pasiva, limitando las capacidades para afrontar⁹. Probablemente el sentimiento de culpa y responsabilidad podría haber inhibido las tendencias más activas de afrontamiento. El estado de gestación evidenciaría el evento estresante que las inclinaría a la búsqueda de apoyo profesional. Al mismo tiempo parecería que necesitan ignorar el problema creyendo que todo podría resultar bien, tendencia que expresaría cierta contradicción con las estrategias de afrontamiento consideradas, pero en el período de la adolescencia, las contradicciones sucesivas constituyen una de las conductas más observables, hecho que podría verse incrementado en estas jóvenes ante la necesidad de huir de la situación¹¹.

Las estrategias Buscar apoyo social, Invertir en amigos íntimos y Fijarse en lo positivo se hallan disminuidas en relación con el Grupo de

adolescentes no embarazadas, relación que podría sugerir que las jóvenes de este último Grupo pudieron haber experimentado un mayor grado de libertad para relacionarse con los otros y de esta manera pudieron haber establecido una mirada más optimista de sus proyectos de vida¹².

Las adolescentes de hoy en día tienen escasa valoración de los riesgos a los cuales están expuestas. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de revisar los programas de instrucción y educación sexual, pues lamentablemente los conocimientos en esta esfera los están adquiriendo de forma distorsionada y fundamentalmente a través de su propia práctica sexual y de modelos de educación informal y no sistemática. Nuestros resultados son importantes para revitalizar la importancia del afrontamiento de los adolescentes y ser usados como herramientas para replanteos de la práctica áulica cotidiana, específicamente en lo referido a la información y la formación en el ámbito de la salud sexual adolescente¹³.

Consideramos que el adecuado manejo y control de un estímulo generador de estrés por parte del adolescente disminuye los estilos y estrategias de afrontamiento negativo e improductivo. El reconocimiento de las estrategias de afrontamiento permite a los profesionales de la Educación y de la Salud el aprovechamiento de los recursos de afrontamiento presentes en cada sub-población, de acuerdo con las capacidades particulares. En este sentido sería interesante indagar cuáles son sus estilos de afrontamiento para que puedan ser

aprovechados en su beneficio ya que no todos afrontan las distintas situaciones de la misma manera¹⁴.

Desde un enfoque preventivo, la identificación de las estrategias de afrontamiento con que cuenta el adolescente, nos llevan a considerar los recursos que disponen éstos y que funcionan como factores protectores de su salud. Los mismos contribuyen con el crecimiento y desarrollo saludable, en la medida que protegen al individuo y le permiten afrontar las situaciones de riesgo que se le presenten. La utilización de estas estrategias no es ajena a lo que acontece en el ámbito escolar ya que se relaciona con cuestiones tales como el análisis y la organización de la información; la comunicación de ideas; la planificación, el trabajo en equipo y la resolución de problemas o cómo buscar el consejo de los demás o hablar de los propios problemas con otros. Por lo tanto es importante que se haga consciente en los educadores la importancia de su mediación para el desarrollo de la capacidad para el afrontamiento, entendida como estrategia cognitivo-conductual, con miras al logro de una adaptación y transición efectiva hacia la adultez.

Los educadores pueden ayudar a mejorar la capacidad de afrontamiento de los estudiantes comprendiendo y dando respuesta a sus necesidades en el ámbito de la educación mediante la implementación de Programas especiales.

Finalmente consideramos que este trabajo aporta herramientas para la elaboración de programas de prevención en las escuelas a partir de la identificación de estrategias saludables de afrontamiento dado que casi no existen, en la población de habla hispana, investigaciones sobre las

estrategias que más utilizan las jóvenes que se embarazan precozmente para abordar las situaciones problemáticas que a diario se le presentan.

Entre los diferentes elementos integrantes del concepto de calidad de vida sobresale el de salud.

No sólo es el primero que emerge históricamente, sino que también es el más básico de todos. Su importancia para la calidad de vida es doble: por un lado, el nivel de salud le afecta directamente, de forma que gran parte de la varianza de las actividades diarias puede estar en relación con la salud.

Por otro lado, repercute indirectamente en ella, al afectar el resto de los valores o elementos que están presentes en la calidad de vida, como son el trabajo, el ocio, la autonomía, las relaciones sociales, etc.

Desde esta perspectiva, la calidad de vida específicamente durante el embarazo significa el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía real de estas mujeres y entrañe las menores variaciones en sus vidas habituales¹⁵⁻¹⁶.

Actualmente se observa un interés en el estudio de la calidad de vida y el proceso de embarazo. De hecho, en una investigación llevada a cabo con 42 mujeres adolescentes embarazadas, se observaron puntuaciones globales inferiores en los indicadores de calidad de vida durante el embarazo, cuando se compararon con los promedios de la población general. Los resultados que se obtuvieron pusieron de manifiesto esto la necesidad de facilitar ayuda y consejo psicológico a

estas mujeres durante el proceso de embarazo, con la intención de disminuir posibles complicaciones médicas y psicológicas¹⁷⁻¹⁸.

En otra investigación realizada con 97 mujeres que presentaron complicaciones durante el embarazo y que fueron informadas de la necesidad de llevar a cabo abortos terapéuticos, se observaron decrementos significativos en los indicadores de calidad de vida medidos antes del aborto. Un resultado interesante de esta investigación fue que la disminución de las puntuaciones en algunos indicadores de calidad de vida estuvo asociada al conocimiento, por parte de la pareja de la mujer, de la necesidad de llevar a cabo el aborto¹⁹. A pesar de estas evidencias, poco se conoce sobre la relación que puedan tener ciertas diferencias individuales con la calidad de vida percibida de las embarazadas, especialmente su estilo emocional, en concreto el uso de la rumiación y la inhibición emocional, como formas de manejar las emociones asociadas a la experiencia del embarazo.

Entendemos a la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, el afrontamiento (coping) toma en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas. Las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes constituyen las estrategias de afrontamiento. Se puede pensar en una diferenciación entre estas estrategias y los denominados mecanismos de defensa; aquellas operan en el nivel consciente en tanto que estos son básicamente inconscientes. Por tratarse de un constructo relativamente nuevo dentro

del ámbito psicológico, no existen criterios consensuados en cuanto al tipo y número de estrategias que manejan las personas. En la literatura científica se encuentran diferentes propuestas explicatorias y clasificatorias²⁰.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

En la presente investigación se formularon la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el efecto de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Comas – Lima- 2015?

Problemas específicos:

- a) ¿Cuál es el efecto de las estrategias de afrontamiento en la situación problemática en la vida de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Comas – Lima- 2015?
- b) ¿Cuál es el efecto de las estrategias de afrontamiento en el afrontamiento de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Comas – Lima- 2015?
- c) ¿Cuál es el efecto de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Comas – Lima- 2015?

1.3 OBJETIVOS

Objetivo general:

Demostrar el efecto de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas usuarias del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Comas – Lima – 2015.

Objetivos específicos:

- a) Establecer el efecto de las estrategias de afrontamiento en la situación problemática en la vida de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Comas – Lima- 2015.
- b) Evaluar el efecto de las estrategias de afrontamiento en el afrontamiento de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Comas – Lima- 2015.
- c) Valorar el efecto de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Comas – Lima- 2015.

1.4 HIPÓTESIS Y/O SISTEMA DE HIPÓTESIS

Hipótesis General:

Ho: El grupo experimental que recibe las estrategias de afrontamiento frente al embarazo, tiene menor o igual índice de calidad de vida en comparación con el grupo control que solo recibe la atención habitual.

Ha: El grupo experimental que recibe las estrategias de afrontamiento frente al embarazo, tiene mayor índice de calidad de vida en comparación con el grupo control que solo recibe la atención habitual.

Hipótesis específicas

Ha1: El grupo experimental que recibe las estrategias de afrontamiento frente al embarazo, tiene menor índice en la situación problemática en comparación con el grupo control que solo recibe la atención habitual.

Ha2: El grupo experimental que recibe las estrategias de afrontamiento frente al embarazo, tiene mayor índice en el empleo de las estrategias de afrontamiento en comparación con el grupo control que solo recibe la atención habitual.

Ha3: El grupo experimental que recibe las estrategias de afrontamiento frente al embarazo, tiene mayor índice en la calidad de vida en comparación con el grupo control que solo recibe la atención habitual.

1.5 VARIABLE

Variable Dependiente:

- Calidad de Vida de la adolescente embarazada.

Variable Independiente:

- Estrategias de afrontamiento.

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

▪ Característica sociodemográfica

- Datos de la historia clínica perinatal relacionados al control prenatal

1.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Dimensiones (V. Contenidas en Def. Conceptual)	Indicadores (Def. Operacional)	Criterios de Medición del indicadores	Escala
ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	Situación problemática en la vida de la Adolescente Embarazada	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas Personales • Perdida afectiva. • Problemas Familiares. • Problemas Legales. • Problemas Sexuales. • Problemas Educativos • Problemas Paternos. • Problemas Sociales. 	32 – 47 = Grave 17 – 31 = Moderado 1 – 16 = leve 0 – 0 = Ausente	Intervalo
	Afrontamiento dirigido a la Relaciones de problemas	Capacidad de: <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de diversiones. • Distracción Física. • Esforzarse y tener éxito. • Concentración en la Resolución de Problemas. • Fijarse en lo positivo. 	20 – 39 = Grave 40 – 59 = Escasa 60 – 79 = Considerable 80 – 99 = Amplia 100 = Intensa	Intervalo
	Afrontamiento en relación con los demás.	Capacidad de: <ul style="list-style-type: none"> • Buscar apoyo Espiritual. • Buscar apoyo Profesional. • Buscar apoyo Social. • Invertir en amigos. • Buscar pertenencia. • Acción Social. 	26 – 51 = mínima 52 – 77 = escasa 78 – 103 = Considerable 104 – 129 = Amplia 130 = Intensa	Intervalo
	Afrontamiento improductivo	<ul style="list-style-type: none"> • Auto Culparse • Hacerse Ilusiones. • Ignorar el problema. • Falta de Afrontamiento. • Preocuparse. • Reservarlo Para sí. • Redacción de la tensión. 	33 – 65 = mínima 66 – 98 = Escasa 99 – 131 = Considerable 132 – 164 = Amplia 165 = Intensa	Intervalo
	Afrontamiento general	IDEM	52 – 103 = Aplicación mínima 104 – 155 = Ampliación escasa 156 – 207 = Aplicación considerable 208 – 259 = Aplicación amplia 260 a + = Aplicación intensa	Intervalo

Variable	Dimensiones (V. contenidas en Def. conc.)	Indicadores (Def. Operacional)	Criterios de medición del indicador Índice	Escala
CALIDAD DE VIDA	• Bienestar Emocional	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción Auto concepto Ausencia de estrés 	Alta 17 – 20 Medianamente alta 14 – 16 Aceptable 11 – 13 Baja 8 – 10 Muy baja 4 – 7	Intervalo
	• Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> Interacciones Relaciones 	Alta 21 – 25 Medianamente alta 17 – 20 Aceptable 13 – 16 Baja 9 – 12 Muy baja 5 – 8	Intervalo
	• Bienestar Material	<ul style="list-style-type: none"> Estatus económico Empleo Vivienda 	Alta 13 – 15 Medianamente alta 10 – 12 Aceptable 7 – 9 Baja 4 – 6 Muy baja 3	Intervalo
	• Desarrollo Personal	<ul style="list-style-type: none"> Educación Competencia personal Desempeño 	Alta 34 – 40 Medianamente alta 28 – 33 Aceptable 22 – 27 Baja 16 – 21 Muy baja 8 – 15	Intervalo
	• Bienestar Físico	<ul style="list-style-type: none"> Salud Actividades de la vida diaria Atención de Salud Ocio 	Alta 34 – 40 Medianamente alta 28 – 33 Aceptable 22 – 27 Baja 16 – 21 Muy baja 8 – 15	Intervalo
	• Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> Autonomía /Control personal metas y valores personales elecciones 	Alta 30 – 35 Medianamente alta 24 – 29 Aceptable 18 – 23 Baja 12 – 17 Muy baja 7 – 11	Intervalo
	• Inclusión Social	<ul style="list-style-type: none"> Integración y participación en la comunidad Roles comunitarios 	Alta 17 – 20 Medianamente alta 14 – 16 Aceptable 11 – 13 Baja 8 – 10 Muy baja 4 – 7	Intervalo
	• Derechos	<ul style="list-style-type: none"> Derechos 	Alta 5 Medianamente alta 4 Aceptable 3 Baja 2 Muy baja 1	Intervalo

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La investigación que desarrollamos se justifica por las siguientes razones:

Teórica

- Nuestra Tesis Doctoral surge con el fin de una solución terapéutica que repercuta beneficiosamente en la calidad de vida percibida por las adolescentes embarazadas, la situación del embarazo en adolescentes están generando en la demografía un incremento poblacional y en el campo de la economía se está traduciendo en pobreza; con lo que se deteriora la calidad de vida de este grupo poblacional, de sus familias y de la sociedad en general
- En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud, debido a las dificultades que implica una maternidad en la adolescencia deseada o no es importante que el equipo multidisciplinario de salud ofrezcan una especial atención a estas jóvenes apoyándolo en las formación de una nueva identidad, ahora la de madre solamente así las madres adolescentes son fortalecidas en el rol que les tocara vivir, sintiéndose respetadas apoyadas e integrada en la sociedad desarrollando su calidad de vida²¹. Frente a ello, se da la necesidad de crear enfoques transdisciplinarios en el abordaje de las adolescentes que pasan por la experiencia de la maternidad²²
- En el Perú, así como en la ciudad de lima, el embarazo no deseado representa un problema que conlleva finalmente al deterioro de la calidad de vida del adolescente, además de generar profunda crisis social y económica de su familia y sociedad; en tal sentido propiciar

una estrategia de afrontamiento hacia un embarazo libre de riesgos y un desarrollo personal del adolescente, pues es necesario valorar la propuesta de la presente investigación en las adolescentes embarazadas usuarias del hospital Sergio. E. Bernales de la ciudad de Lima, donde se observa que el problema se ha incrementado.

- Consideramos que la maternidad en las adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y familiares por las inexperiencia en el cuidado de los niños, los modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales; no obstante existen muchas interrogantes que queda abiertas acerca de este enfoque del embarazo en la adolescencia.²³

Social

- Como equipo multidisciplinario de salud, debemos apoyar a los adolescentes que asumen el rol de padres, con la finalidad que comprendan las responsabilidades de ser padres, cuyo objetivo seguir orientándoles a continuar con su formación educativa, y se capaciten para lograr a ingresar al exigente mercado laboral de hoy, evitando así la exclusión social. Lograr los cambios, ya que el aislamiento social y la pobreza, vividos desde una edad temprana, contribuyan a perpetuar el subdesarrollo de la población de un país, generando una baja calidad de vida. El desarrollo económico y social de un país en desarrollo depende en gran parte de contar con una población educada, saludable y económicamente productiva y para esto debemos comenzar con nuestros

adolescentes, por tanto la presente investigación justifica su estudio.

Práctica

- El estudio que se abordó parte del modelo de afrontamiento al estrés de Lazarus, Folkman²⁴, como marco heurístico de comprensión estratégica de las conductas de los sujetos en su medio, justifica la relevancia para la adopción de la calidad de vida, en tanto su simultaneidad con el análisis funcional y desde una valoración clínica, representan elementos necesarios para la intervención integral de la persona.

De otro lado, la misma complejidad causal del embarazo adolescente, que hace que las acciones exclusivamente del sector salud sean insuficientes, nos obligara a desarrollar la estrategia que se plantean en la propuesta actual, las mismas que se enfocaran sobre todo el desarrollo de un embarazo eficaz y saludables en todo el sentido de la magnitud de las responsabilidades y libres de riesgos; un parto seguro y del mismo modo a la prevención de un nuevo embarazo durante la adolescencia, ya que las embarazadas y madres adolescentes representan una población de alto riesgo, claramente identificable y accesible para la intervención de los comprometidos con la Salud Publica.

1.7. VIABILIDAD

La investigación de este problema es políticamente viable, por la perspectiva que tiene esta investigación para las autoridades de salud y también regionales.

1.8. LIMITACIONES

Nuestra principal preocupación de la investigación es de carácter económico y financiero. Asimismo, por la escasez de estudios relacionados al tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En los últimos 20 años, La situación del embarazo en adolescentes ha generado una demografía en el incremento poblacional, por lo que la estrategias de afrontamiento en la calidad de vida, se han realizado diversas investigaciones, los cuales diferenciamos siguiendo un orden cronológico, destacándose los trabajos que han tenido en una gran repercusión en relación y en forma específica al tema abordado en este presente estudios

En Colombia (2007) Contreras, Esguerra, Espinoza, Gomez²⁵ ejecuto un estudio descriptivo - correlacional entre los estilos de afrontamiento y en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) En tratamiento de hemodiálisis, cuyo propósito fue observar si (IRC) guardan relación por su calidad de vida. Para ello utilizaron los instrumentos como cuestionario de salud (SF36) y el cuestionario de afrontamiento al stress (CAE). Los resultados obtenidos evidenciaron un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes, principal mente en las dimensiones físico, salud general, dolor corporal, rol emocional y vitalidad. En tanto, el afrontamiento focalizado en la

solución de problemas correlaciono positivamente con la salud mental en comparación que la auto focalización negativo se asociara inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

Dicha investigación guiara la construcción del instrumento de acción que nos orientara y Corroborará en la temática abordando sobre los estilos de afrontamiento asumidos y la calidad de vida de las adolescentes embarazada en estudio, además nos guio en la construcción del instrumento de afrontamiento.

Otros de los estudios realizados también en Colombia (2005) por Florez²⁶, con el objetivo de elaborar de implantar un programa educación para la salud dirigido a la promoción y a la prevención de riesgos en adolescentes Gestantes, empleando como base teórica el modelo de adopción de precauciones; estudio 20 adolescentes embarazadas a quienes se les aplico una entrevista de ingresos, cuestionario de estilo de vida promotor de la salud (CEVP) e inventario de eventos estresantes y psicosociales del embarazo (IEE) utilizo un diseño pre – experimental pretest-posttest como un único grupo.

Los resultados evidenciaron las principales creencias respecto a las diferentes temáticas abordadas grupo1: Integrados por 3 participantes quienes: a) obtuvieron puntaje preintervención bajos y se mantuvieron así en el posttest.

b) no cumplieron con el 80% de las tareas, ni de los compromisos registrados.

c) Asistieron solo a 4 sesiones. Las jóvenes de este grupo conocieron sobre la existencia del riesgo y de Las preocupaciones relacionado con

es el estado gestacional. De esta manera, este grupo solo alcanzo el primer nivel de la etapa de susceptibilidad al riesgo. Grupo 2: conformado por 4 participantes quienes a) obtuvieron el puntaje más bajo en el postest con relación a la primera aplicación b) cumplieron con aproximadamente el 60% de las tareas y/o compromisos registrados, y c) asistieron de 4 a 7 sesiones. Al aceptar y reconocer medidas relacionadas con factores de riesgo y resultados posibles de factores protectores en su vida personal y en la forma como esto puede afectar su salud, las integrantes de este grupo alcanzaron la primera etapa del modelo (susceptibilidad al riesgo) en su totalidad aunque su condición no fue suficiente para modificar sus creencias.

Grupo 3 integrado por 6 participantes quienes: a) mantuvieron puntaje alto en las dos condiciones (Pretest y Postet), b) cumplieron con el 80% de las tareas y/o compromisos registrados y c) asistieron de 8 a 10 sesiones.

Estas gestantes tienen conciencia sobre la existencia y efectividad de las precauciones y lo aceptan en lo personal, generando el inicio de proceso de toma de decisiones, donde tienen la intención de cambiar algún habito, por lo que se puede afirmar que alcanzaron la tercera etapa.

Grupo 4 conformado por 7 participantes quienes: a) incrementaron puntajes postest con relación a los pretest para las dos pruebas b) cumplieron con los 95% de tareas y/o compromisos registrados y se asistieron a más de 11 sesiones.

Este antecedente específico de investigación fue el eje central del presente estudio, puesto que nos guio en todo el diseño del metodología a aplicarse.

En Argentina Della, Landoni (2005)²⁷ realizaron un estudio sobre estrategias de afrontamiento de adolescentes embarazadas y las no embarazadas, cuyo objetivo fue comparar las estrategias específicas de afrontamiento, la muestra estuvo formada por 300 adolescentes 100 embarazadas, 100 no embarazadas y 100 madres comprendidas entre las edades de 13 a 18 años de edad. Para ello, administraron de manera individual la versión española de la escala de afrontamiento de adolescentes diseñada por Frydenberg y Lewis en 1990. Los resultados de mostraron que las sub-escalas que mostraron diferencias significativo entre las medias a favor de grupo embarazadas fueron : hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, auto inculparse y buscar apoyo profesional , mientras que aquellas que mostraron diferencias significativa para el grupo de las no embarazadas, fueron : buscar apoyo social invertir en amigos íntimos y fijarse en lo positivo .

Este estudio orientó la presente investigación en la metodología de la construcción de instrumentos de recolección de datos, sobre todo en lo concerniente al enfoque y manejo teórico de las 18 sub-escalas de afrontamiento de las adolescentes embarazadas

En Argentina (2005) Fantin, Floretimo, Corche²⁸ Forjaron un estudio con el fin de conocer la relación entre estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en los adolescentes, así como explorar sus diferencias en su utilización, según sexo la muestra estuvo constituida por 69 adolescente entre 15 y 18 años, a quienes les aplicaron una escala de afrontamiento para adolescentes y el inventario de personalidad de adolescente. Los resultados evidenciaron diferencias significativas en las estrategias preferentemente utilizadas por las mujeres, quienes tienden

a buscar apoyo social, concentrarse en resolver sus problemas, preocuparse y buscar apoyo espiritual cuando tienen dificultades; mientras que los varones registran puntuaciones significativamente en las estrategias para ignorar el problema y distracciones físicas al analizar los tres estilos de afrontamiento de manera general, observaron relaciones con los estilos de personalidad.

Este estudio es a fin con el que venimos desarrollando, en el sentido de que ratifica la validez de los instrumentos para los estilos de afrontamiento aplicado a los adolescentes.

En España (2000) Garaigordobil²⁹, efectuó una intervención con adolescentes para observar el impacto de un programa en la asertividad las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. Los resultados demostraron impacto positivo del programa, por lo que hubo un incremento significativo de la asertividad, de las conductas sociales asertivas, de las conductas de liderazgo y de las estrategias cognitivas asertivas de solución de situaciones sociales conflictivas, así como de solución como una disminución de las conductas de ansiedad timidez. Además, los datos sugieren que la experiencia fue especialmente significativamente para las adolescentes con bajo nivel de desarrollo social durante el pretest.

Este antecedente experimental del impacto de un programa en la asertividad a través de las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales, cuyos resultados fueron positivos, nos guiaron en la elaboración de la estructura de las sesiones educativas del presente estudio.

Otro de los estudios realizados en España (2000) por Gonzales, Montoya, Casullo, Bernabeu³⁰ sobre el afrontamiento y el bienestar psicológico, así como la incidencia de la edad y el género, cuya muestra fueron 417 adolescentes entre 15 y 18 años, a quienes evaluaron las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico; siendo los resultados los siguientes: las preocupaciones principales los problemas educativos (27.8%), las pérdidas afectivas (17.7%), los problemas personales (16.1%) y los familiares (15.1%), con la cual se evidenció la escasa relación entre la edad y las variables consideradas. En cuanto al género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones. El nivel de bienestar psicológico estableció diferencias más claras respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas en la edad y el género.

Este antecedente de investigación presenta similitud con nuestro estudio, puesto que nos proporcionara un amplio marco sobre las estrategias de afrontamiento de las adolescentes, razón por la cual nos guio en la fundamentación del problema de investigación.

A nivel local, Huánuco Prado (2008)³¹. Realizo un trabajo descriptivo correlacional sobre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes embarazadas Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano cuyo trabajo fue de diagnóstico para evaluar qué tipo de estrategias de afrontamiento poseen las mujeres embarazadas que acuden a dicho hospital; asimismo este estudio oriento para realizar este trabajo de intervención.

Prado (2010)³² ejecuto un estudio correlacional prospectivo y transversal sobre habilidades de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes embarazadas usuarias del Hospital Regional de Hermilio Valdizan Medrano, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las habilidades de afrontamiento y el bienestar psicológico. La muestra estuvo constituido por 65 adolescentes embarazadas de 15 años a 17 años de edad, usuarias del servicio de obstetricia a quienes se les aplico una entrevista, las escalas de afrontamiento para adolescentes embarazadas y de bienestar psicológico. Los resultados evidenciaron una correlación entre el afrontamiento dirigido a la resolución de problemas y el bienestar psicológico demostrando correspondencia moderadamente alta $(r=0,560, p=0,000)$. En la correlación entre el afrontamiento en relación con los demás y el bienestar psicológico evidencio una dependencia alta $(r=0,777, p=0,000)$ y entre el afrontamiento improductivo y el bienestar psicológico la correlación fue moderadamente alta $(r=-0,556, p=0,000)$, estos resultados indican que el bienestar psicológico de la muestra, adopta un carácter moderado/alto por el empleo de estrategias de afrontamiento en el mismo nivel.

Este antecedente de investigación guio estudio, ya que permitió conocer más de cerca, la realidad de nuestro medio en la que habita la adolescente embarazada, y como esta afronta su embarazo.

En resumen, los antecedentes, de los estudios de la presente investigación, que se presentaron, insertaron las teorías, experiencias y marcos conceptuales, aportando una comprensión referente a las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por las adolescentes embarazadas.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. La Calidad de vida en el marco de los derechos humanos.

El fundamento de los DH es la dignidad, inviolabilidad y autonomía de la persona. Por ello los DH son derechos personales, individuales, no colectivos –no hay seres humanos colectivos-. Los derechos a la identidad cultural y autodeterminación de los pueblos, por ejemplo, que se basan en las dimensiones de la persona, no pueden llevar a violentar los derechos básicos de cada ser humano de carne y hueso, en tal caso quedarían deslegitimados. Los DH no son de un hombre abstracto, o una humanidad general, se basan en la naturaleza concreta y única de cada ser humano, articulándose desde cinco dimensiones:

- Los Derechos de la persona como tal
- Los Derechos de la persona en relación con los grupos sociales a los que pertenece.
- Los Derechos políticos.
- Los Derechos económicos, sociales y culturales.
- Los Derechos a un orden internacional justo

El artículo 3 de la Declaración proclama “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona”. El derecho a vivir no es mero existir, sino vivir una vida humana, que conlleva poder satisfacer determinadas necesidades que van desde las más biológicas como alimentación, salud, vivienda, etc., a las sociales y culturales. Los DH especifican las condiciones que se han de garantizar para todos los seres humanos a fin de

que todos y cada uno puedan desarrollar su personalidad, plantearse y poder llevar a cabo su proyecto de realización personal.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos expone que los intereses, la salud y el bienestar de las personas considerando multidimensional, por lo que deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de alguna ciencia o alguna sociedad específica³³. Los equipos multidisciplinarios de la salud somos los responsables de fomentar el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de niños y adolescentes, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social humano, considerando la satisfacción de todas sus necesidades básicas de sobrevivencia, logrando mejoras en las condiciones de una calidad de vida adecuada para los adolescentes.

La implicancia del reconocimiento de las supremacías de los derechos humanos en el embarazo en la adolescencia, es sin duda una condición que intensifica el entendimiento real del significado integrador de la calidad de vida ante estas circunstancias³⁴.

2.2.2. Teoría del desarrollo cognitivo en el aprendizaje y en el empoderamiento hacia la calidad de vida.

Los modelos teórico, según Steinberg, Belsky³⁵ y Piaget³⁶ muchos de los pilares actuales sobre el desarrollo cognitivo en los seres humanos progresa a lo largo de una serie de etapas, como resultado de la interacción permanente entre los factores biológicos y la experiencia, y que en cada una de ellas, la persona adquiere capacidad de comprender el mundo de manera cada vez más compleja y sofisticada. Esto es posible a través del conocimiento como función transformar la realidad y los sentimientos.

Es por ello, que durante años se ha considerado que involucrar a las personas en experiencias de aprendizaje constructivas a un aspecto esencial en el mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva. Frente a ello Ippolito³⁷ Manifiestan que los marcos de referencia de desarrollo cognitivo centrado en quien aprende, se fundamenta principalmente en las teorías de educación siendo clave en el fortalecimiento de la capacidad de aprendizaje. Los modelos más efectivos, asumen que una persona bien motiva que este aprendiendo puede beneficiarse de una abundancia de experiencias de vida.

2.2.3. La Teoría del Aprendizaje Social a través de la observación

Esa teoría fue propuesta por Bandura³⁸ Parte del principio de que se puede aprender a través de la observación, es decir,

otra persona realiza la acción y experimenta sus consecuencias. Mediante la Observación Aprendemos no solo la forma de realizar una determinada acción, sino también a predecir lo que sucedería en una situación se presentan los procesos cognitivos para explicar el aprendizaje. El observador aprende por medio de la experiencia ajena a este sentido, se le llama a este tipo de aprendizaje “modelado”, ya que la conducta del modelo observado y otras situaciones estimulares se trasforman en imágenes y códigos verbales que se retienen en la memoria. Producción motora). Es decir, las personas se comprometen en la modificación del comportamiento, solo si evalúan sus resultados como positivos.

2.2.4. Teoría del Afrontamiento.

Esta teoría fue propuesta por Frydemberg³⁹ quien considera que en la adolescencia es necesario el logro del desarrollo de la propia identidad y conseguir la independencia de la familia, manteniendo, al mismo tiempo, la conexión y pertenencia al grupo de pares. Su desarrollo requiere de una capacidad de afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectivas.

A su vez, los adolescentes y especialmente las embarazadas, tienen preocupaciones que sienten como abrumadoras o incapacitantes y hasta, en algunos casos, pueden llegar a conducirlos a la depresión profunda o el suicidio. Los cambios emocionales y sociales de esta etapa influyen en la sociedad, y, a su vez, el joven también es influido por ella, por lo

cual, la forma en que los adolescentes afrontan sus problemas tienen además de una importancia para el bienestar individual, una importancia social.

Frydemberg⁴⁰ enuncia la existencia de dos tipos de afrontamiento: el general (modo en que se enfrenta cualquier situación) y el específico (forma de enfrentar una situación particular). A, además plantea que el más adecuado para determinar el éxito de una estrategia es el propio sujeto, que, desde lo personal, se pregunta si su acción tuvo el éxito esperado por él. Otras estrategias de afrontamiento, son estrategias positivas y negativas, sin embargo, la adopción del estilo negativo parece estar más en ventaja que el estilo positivo, pues se ha incrementado los casos de adolescentes incapaces de superar y adaptarse a situaciones estresantes, llegando a experimentar depresión profunda e inclusive el suicidio⁴¹. Por tal situación se debe ayudar a que los adolescentes sean más conscientes de sus estrategias, para que puedan, a partir de allí, reflexionar sobre ellas, y, eventualmente, las puedan modificar para llegar a ser adultos más sanos. Esta reflexión es fundamental, ya que la forma en que los adolescentes afrontan sus problemas puede establecer patrones de conducta para su vida futura.

Según Freud⁴² la teoría del afrontamiento señala la importancia de la identificación de las estrategias de afrontamiento, con la finalidad de conocer sentimientos, ideas y conductas, respecto a los problemas y conflictos que el individuo enfrenta; entendiendo que la forma de afrontamiento pueden

repercutir en el nivel de bienestar psicológico y por ende en la calidad de vida del adolescente.

Las consecuencias de las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes, no solo tienen resultados en su persona y familia, sino también en la sociedad; es decir, la forma en que los adolescentes afrontan sus problemas tiene además de una importancia para el bienestar individual, una importancia social⁴³

Por su parte, Compas, Mallaren, Fondacaro⁴⁴ sugieren que dichas estrategias podrían ser agrupadas en tres estilos de afrontamiento, representando así, aspectos funcionales y disfuncionales.

Estilo dirigido a solucionar el problema, consiste en trabajar para resolver la situación problemática, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso. Abarca las siguientes estrategias: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, diversiones relajantes y distracción física.

Estilo de afrontamiento en relación con los demás, consiste en acercarse a otros para obtener apoyo. Abarca las siguientes estrategias: apoyo social, amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, apoyo espiritual y buscar apoyo profesional. Y el estilo improductivo, se trata de una combinación de estrategias improductivas de evitación que muestra una incapacidad empírica para afrontar los problemas. Abarca las siguientes estrategias: preocuparse, hacerse ilusiones, no afrontamiento, reducción de tensión, ignorar el problema.

2.3. BASES CONCEPTUALES:

2.3.1. Calidad de vida en la adolescente embarazada.

2.3.1.1. Evolución de la Calidad de Vida.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. Según los relatos de Arostegui⁴⁵ En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Ya en 1992 Borthwck ⁴⁶, considera que la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción

experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. En 1995 Felce Perry⁴⁷ identifican diversos modelos conceptuales de calidad de vida, dentro del campo de la salud en relativamente reciente con un auge evidentemente en la décadas de los 90 que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI

2.3.1.2. Conceptualizaciones de la calidad de vida

El diccionario de la Real Academia de la lengua Española (2000)⁴⁸ define calidad como el conjunto de cualidades o propiedades que caracterizan a una persona.

Para la OMS⁴⁹ la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, siendo por lo tanto un aspecto distintivo y particular que caracteriza a un individuo.

Según Cardona, Estrada, Agudelo⁵⁰ y Piedrola⁵¹ La cálida de vida es el hecho de vivir más, con mejor bienestar y con satisfacción de necesidades y de más aspectos subjetivos que son difícilmente cuantificados pero que hacen que una vida tenga calidad con responsabilidad moral

2.3.1.3. Calidad de vida en la adolescencia

Tal como expresa Fabelo⁵² la calidad de vida es un estado en que se va conformando como resultado de la valoración que hace el adolescente de su vida, evaluada desde su integridad o en aspectos particulares de ella sobre la base de su subjetividad, determinada por un condicionamiento externo, pero que se congráfico desde su estructura y funcionamiento de manera única e irrepetible. Dicha valoración, por tanto, refleja no solo como vive el adolescente sino también que piensa de cómo vive, y como se siente viendo así.

En el mismo sentido Vargas, Ibáñez, Cortés, Ramírez, Cabrera⁵³ refieren que la práctica de una buena calidad de vida en el adolescente previene conductas de riesgo como el abuso de drogas o la violencia infanto-juvenil. Por ellos es que la calidad de vida en el adolescente se divide en dos categorías: el área del funcionamiento de salud y la del funcionamiento pscosocial.

Verdugo, Schalock⁵⁴ proponen “ocho dimensiones”, a partir de concebir que la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona, en relación con 8 necesidades fundamentales que representan el núcleo de estas dimensiones centradas en el adolescente: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Este modelo de análisis es un enfoque multidimensional cuyas dimensiones se operativizan en indicadores.

Finalmente Torroella⁵⁵ considera que para ayudar al adolescente a mejorar su calidad de vida se debe ayudar a los adolescentes a conocer a sí mismo, favorecer la independencia, la autonomía y la dirección de sí mismo, capacitarlos para hacer elecciones y para elaborar los planes y proyectos de vida, la comunicación interpersonal es un necesidad fundamental de los adolescentes, enseñar, con el ejemplo, la regla de oro de la convivencia: la reciprocidad o correspondencia en el trato, desarrollar la capacidad de afrontar; comprender y resolver los problemas y tareas de la edad promoviendo las condiciones adecuadas para el desarrollo del adolescente.

2.3.1.4. Calidad de vida en las adolescentes embarazadas

Tal como sostiene Villa⁵⁶ la calidad de vida de la adolescente embarazada integra el concepto de salud, psicológico y social además la habilidad de realizar actividades apropiadas para su edad y encontrar condiciones favorables para su bienestar propio y la de su hijo.

Las dimensiones que generalmente se tiene en cuenta están relacionadas con su capacidad para realizar actividades diarias⁵⁷ (movilidad y cuidado personal), las adquisiciones cognitivas (memoria, habilidad para concretarse y aprender), las emociones (positivas y negativas), la percepción de sí mismo, las relaciones interpersonales (como los amigos y familiares) y con el medio que los rodea (cohesión familiar, apoyo social)

Así también con el bienestar material⁵⁸ (disposición de ingresos suficientes para suplir las necesidades básicas), la autodeterminación (capacidad de decidir sobre su propia vida) y los derechos (respeto y trato adecuado a su condición)

Al respecto el programa regional de la adolescencia, difundido actualmente por la OPS/OMS⁵⁹ en los países americanos, plantea el fortalecimiento del desarrollo del adolescente dentro del contexto de su familia y su particular ambiente socioeconómico, político, y cultural, favorecido así sus factores protectores, este

marco define el desarrollo integral del adolescente, incluido la adolescente embarazada, como un proceso continuo por medio del cual satisfacen sus necesidades, desarrollan competencias y habilidades, y se integran en redes sociales; para ello plantea ciertas condiciones para alcanzar el desarrollo saludable del adolescente integrando los siguientes parámetros:

Contar con ambientes seguros que les apoyen y brinden oportunidades: en la familia. Los grupos de pares y otras instituciones sociales, asimismo, contar con información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de habilidades prácticas, vocacionales y de vida; tener acceso equitativo a los servicios de educación, salud, trabajo, empleo, justicia y bienestar contar con un macro ambiente político, de legislación y de valores sociales que les apoye, tener visión de futuro, sentido de pertenencia y oportunidades sociales y economías en el seno de sus comunidades⁶⁰.

2.3.1.5. Implicaciones del embarazo en la calidad de vida del adolescente

Al producirse el embarazo en la adolescencia en un contexto de desaprobación y rechazo, hace que se convierta en una situación difícil y problemática. Por ello Cuevas⁶¹ considera que es preciso reflexionar que la principal implicancia del embarazo en la calidad de vida

en el adolescente es que el embarazo en la adolescencia y en general hasta los 19 años es de alto riesgo para la salud y la vida de la mujer y del feto. Siendo que la mayoría de las adolescentes solteras no planean quedar embarazadas y, a menudo, se sienten aterradas cuando esto ocurre. Muchas adolescentes, especialmente las de menos edad, mantiene sus embarazos en secreto, porque tienen miedo de la ira y el desencanto de sus padres.

Para Agudelo, Vargas, Osorio⁶² el embarazo de la adolescente tiene implicaciones a nivel psicológico, familiar y social, esto se expresa en la tendencia a abandonar el estudio por falta de dinero, por vergüenza del embarazo o por presión de la familia o del colegio. Con frecuencia no cuentan con el apoyo de la pareja ni de la familia, están más expuestas a un nuevo embarazo porque carecen de información adecuada, al acceso a los servicios de salud de calidad y de dinero. Del mismo modo existe dificultad para conseguir trabajo, es posible que idealicen la maternidad y la paternidad, pero al enfrentarse a la realidad pueden surgir conflictos personales, de pareja y familiares. Cambian radicalmente las actividades, ya que se alejan más de la familia, amistades y en ocasiones de la pareja en vez de dedicar el tiempo a estar con ellos, a salir, a pasear, a estudiar; por el contrario deben compartir su tiempo con el cuidado que requiere su hijo(a).

Romero, Maddaleno, Silber, Munist⁶³ y Cedillo, Dellán Toro⁶⁴ refieren que cuando la adolescente se embaraza antes de alcanzar la madurez fisiológica, se expone a un riesgo de origen nutricional debido a que sobre las necesidades nutrimentales inherentes a la adolescente aún en proceso de crecimiento biológico; se imponen las necesidades nutrimentales de su producto en gestación.

2.3.2. Estrategia de Afrontamiento

2.3.2.1. Conceptualización de afrontamiento

El afrontamiento es entendido como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar situaciones estresantes y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria, “es el conjunto de acciones que aplica la persona para hacer frente a las demandas estresantes, a la activación fisiológica o al malestar emocional”⁶⁵, son “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiante que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”⁶⁶

Según Lazarus⁶⁷ el afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento

dirigido al problema), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrentamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí. Para Frydemberg⁶⁸ el afrontamiento es una estrategia conductual y cognitiva para lograr una transición y una adaptación afectiva.

2.3.2.2. Recursos y habilidades de afrontamiento

Trujillo, Fernández⁶⁹ hacen mención de que los recursos y las habilidades de afrontamiento son la capacidad de la persona para eliminar o escapar de los estímulos estresantes que le rodean. Una buena capacidad de afrontamiento mediará los afectos negativos del estrés sobre la vulnerabilidad biológica, psicológica y social.

En muchos casos, la valoración desfavorable de los recursos propios para manejar las situaciones potencialmente estresantes, corresponde a una carencia real de tales recursos, incluyendo entre ellos, las habilidades de las personas para manejar, específicamente, situaciones estresantes concretas. Aunque los términos, recursos y habilidades, suelen emplearse indistintamente, es conveniente diferenciarlos, pues las habilidades son recursos, pero no todos los recursos son habilidades. En este mismo sentido, Buceta, Bueno⁷⁰ refieren que los recursos que no son habilidades,

al no depender enteramente de la persona que de momento disfruta de ellos, pueden ser inestables, mientras que el mantenimiento de las habilidades, una vez consolidadas depende fundamentalmente del comportamiento del que las domina y utiliza asidua i periódicamente.

La ausencia de recursos apropiados y habilidades eficaces para afrontar las situaciones potencialmente estresantes, dificulta las posibilidad de alcanzar uno de los tres objetivos siguientes: solucionar tales situaciones manejarlas adecuadamente aun no eliminándolas del todo o aliviar su impacto perjudicial⁷¹

La acumulación de experiencias pasadas en las que no se hayan podido conseguir estos objetivos, o lo simple expectativa de que no se podrán alcanzar ante una situación estresante concreta, favorecerán la aparición del estrés y, una vez presente este, el hecho real de no poder manejarlo eficaz y saludablemente, aumentara la probabilidad de sus efectos perjudiciales en la salud⁷²

2.3.2.3. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según los estímulos que actúen. Toman en cuenta los esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas⁷³

Las estrategias de afrontamiento de la vida cotidiana adquieren particular relevancia en la adolescencia, por ser una etapa en la que se producen sustanciales transformaciones en la personalidad: la definición de la identidad, la elección de pareja, de profesión y de trabajo, cambios que exigen a los jóvenes la puesta en marcha de variados recursos. Las estrategias de afrontamiento como proceso ponen en marcha recursos para solucionar la situación problemática. Por tratarse de un constructo relativamente nuevo dentro del ámbito psicológico, no existen criterios consensuados en cuanto al tipo de número de estrategia que manejan las personas⁷⁴.

Según Frydenberg, Lewis ⁷⁵ cuando los adolescentes son incapaces de afrontar sus problemas eficazmente, su conducta puede tener efectos negativos no solo en sus propias vidas sino también en las de sus familias y en el fundamento general de la sociedad.

2.3.2.4. Intervenciones Psicoeducacionales

Implica proporcionar información básica sobre la situación problemática de un individuo y diversas estrategias para su afrontamiento. Se comparte información con el paciente, a través de libros artículos y otros documentos de interés que permita adquirir nociones esenciales de conceptos relacionados con su problemática⁷⁶

A nivel familiar e incluye la enseñanza de estrategias y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno.

Este enfoque psicoeducativo a nivel familiar, parece reducir considerablemente las sensaciones de estrés, confusión y ansiedad que suelen producirse dentro de la estructura familiar y que pueden llegar a desestructurarla, ayudando de manera significativa en la recuperación del paciente⁷⁷

En todo caso, es importante destacar la necesidad de un enfoque colaborativo, donde tanto la adolescente embarazada y el personal de salud compartan información relevante, en una y otra dirección, facilitando de esta manera el proceso terapéutico enfatizando frente a la enfermedad y en la vida diaria, y en cursos de auto ayuda.

2.3.2.5. Intervenciones psicoterapéuticas

Según Foxbury, Bosley, Ryle, sonksen, judd⁷⁸ estas intervenciones incluyen el consejo telefonico y las terapias de grupo cortas basadas en el concepto de la psicoterapia de grupo breve soporte –expresiva.

2.3.2.5.1. Terapia cognitiva conductual

El nombre de la terapia cognitivo-conductual se utiliza para describir las intervenciones que tiene por objeto reducir el

malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos, pues se basa en el supuesto subyacente de que las emociones y las conductas(lo que sentimos y lo que hacemos) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones de los que pensamos y de que en consecuencia las intervenciones cognitivo conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar sentir y actuar.

Al respecto Ménde, Ojivares, Moreno⁷⁹ hacen referencia que las técnicas cognitivo conductuales se basan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, el mantenimiento y la modificación de la conducta. Sostienen además que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio.

Por su parte Kazdin⁸⁰, Meichenbaum⁸¹ y suin, richardson⁸² distinguieron tres grandes grupos de terapias cognitivo conductuales: terapias centradas en crear habilidades para enfrentarse y manejar las situaciones

problemas, terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva y terapias centradas en modificar el modo de afrontar situaciones para las que el sujeto no tiene solución.

2.3.3. Embarazo en la adolescencia

2.3.3.1. Adolescencia y sexualidad

La sexualidad es la expresión psicosocial de la persona como seres sexuales en una sociedad cultura y tiempos determinados. Es decir es la forma como las personas viven su condición de mujer o de varón, según el aprendizaje socio cultural o el control social al que están expuestos. La sexualidad supone aprendizaje y cultura incluyendo a normas y valores morales, la autoestima y el respeto.

El hijo adolescente se caracteriza por una fuerte carga de conflicto de la sincronía entre la madures sexual y la psicosocial⁸³. Biológicamente el adolescente es prácticamente un adulto, tiene la capacidad para reproducirse y puede pensar en términos de adulto, no obstante, social mente no es niño pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasara un largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y ser autosuficiente⁸⁴

2.3.3.2. El embarazo en adolescentes

La OMS⁸⁵ considera como embarazo adolescente a aquello que ocurre entre los 15 y los 19 años de edad. Según Ruoti⁸⁶ es la condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia independiente de la edad ginecológica, en la cual (adolescente aún no está preparada físicamente, psicológica ni emocionalmente para asumir su rol y cumplir con la responsabilidad de la situación)⁸⁷

Para Forrest⁸⁸ el embarazo en adolescentes es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual “ se a convertido en un problema de salud pública”⁸⁹. De acuerdo con Matilla, Alvaro, Cortes⁹⁰ es un problema desde diferentes ópticas, ya que implica mayor riesgo de mortalidad materna, menores oportunidades de educación y, en ocasiones, el abandono total de los estudios, así como el fortalecimiento del círculo de la pobreza y un mayor riesgo del daño y mortalidad infantil.

2.3.3.3. Aspectos emocionales del embarazo en la adolescencia

Desde el inicio de la gestación el cuerpo de la adolescente experimenta transformaciones pero no solo cambia el cuerpo tratándose de una experiencia tan movilizada como la de engendrar una vida, la efectividad se ve intensamente comprometida y algunas veces obligada. Las emociones que se manifiestan son diversas en cada caso, la singularidad de cada adolescente es de alguna forma una primera vez. Los sentimientos pueden ser encontrados no necesariamente positivos hay que tener en cuenta como se llegó a ese embarazo y en qué situación está cada adolescente

Al respecto Stem⁹¹ expresa que en el primer trimestre de embarazo predomina la sorpresa, angustia, la preocupación pero sobre todo la negación. Paralelamente unos malestares físicos pueden intervenir en el estado de ánimo. Suelen parecer temores con respecto a la permanencia de la gestación. Por eso muchas adolescentes eligen no comunicar su estado, hasta que es casi imposible esconder su situación. Es común que se repliega el deseo sexual y que la adolescente este más sensible. Existe cansancio y un cierto desinterés por cualquier otro tema que se relacione con la gestación en el 3er trimestre del

embarazo se trata de una etapa de muchos cambios: no solo se modifica el cuerpo del adolescente, sino también su sensibilidad. Es frecuente que su estado de ánimos se altere sin mayores razones. Y aunque el embarazo no es un enfermedad trae como consecuencia muchos cambios que demandaran cambios espéciales para garantizar el bienestar del adolescente. En ocasiones, en esta etapa el embarazo la negación y el rechazo siguen presente y pueden incrementarse notablemente la angustia se desencadena a consecuencia del cercano nacimiento del bebe.

2.4. BASES EPISTÉMICOS

Las adolescentes, al igual que los adultos, emplean estrategias de afrontamiento. ¿Cómo reacciona una joven adolescente embarazada frente a su nueva situación? Evidentemente, ella va a percibir su entorno, sus apoyos, las amistades, desde un punto de vista distinto a las jóvenes adolescentes no embarazadas.

El problema de las adolescentes embarazadas es que se encuentran en un período de transición de la niñez a la mujer adulta. A la crisis de la adolescencia (cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales), hay que sumarle la crisis del embarazo por la presencia en su vientre de una nueva vida. Si llevan adelante su preñez, tendrán que comprometerse con una responsabilidad y una madurez que no han desarrollado totalmente. El afrontamiento toma en cuenta los esfuerzos

afectivos, cognitivos y psicosociales que un sujeto emplea para poder controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas.

Las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes constituyen las estrategias de afrontamiento. Se puede pensar en una diferenciación entre estas estrategias y los denominados mecanismos de defensa; aquellas operan en el nivel consciente, en tanto que estos son básicamente inconscientes. Por tratarse de un constructo relativamente nuevo dentro del ámbito psicológico, no existen criterios consensuados en cuanto al tipo y número de estrategias que manejan las personas. En la literatura científica se encuentran diferentes propuestas explicativas y clasificatorias⁹².

Por último, uno de los modelos teóricos sobre afrontamiento más citados es el de Lazarus y Folkman, en el que se conceptualiza el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”⁹³. Lazarus y Folkman diferenciaron dos estilos de afrontamiento: el focalizado en el problema o dirigido a su resolución y el focalizado en las emociones u orientado a restablecer el equilibrio emocional. No obstante, existen tantas categorizaciones de los estilos de afrontamiento como autores han abordado el tema⁹⁴. Según Frydenberg y Lewis⁹⁵ podemos distinguir tres estilos de afrontamiento: productivo (que incluye acciones dirigidas a resolver el problema), no productivo o de no afrontamiento (incluye aspectos como el sentimiento de culpa, el aislamiento social o acciones que no están focalizadas en la resolución

del problema) y orientado a otros (incluye aquellas estrategias que van dirigidas a otras personas como buscar apoyo social, profesional o espiritual).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue de tipo **cuasi-experimental con dos grupos: experimental y control.**

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **prospectivo.**

Según el periodo y secuencia del estudio; el tipo de estudio fue **longitudinal** por lo que se estudió las variables en varios periodos de tiempo.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO.

El diseño de investigación fue de tipo antes y después con dos grupos, como se muestra a continuación.

DIAGRAMA:

GRUPO	INTERVENCION	DESPUES
G ₁	O ₁ I	O ₃ O ₅ O ₇
G ₂	O ₂ -	O ₄ O ₆ O ₈

Dónde:

G₁ y G₂: Grupo de estudio

I : Intervención (Estrategias de afrontamiento)

- X** : intervención tradicional (control prenatal habitual)
O₁ y O₂: Observación basal, antes de la intervención
O₃ y O₄: Observación post estrategia
O₅ y O₆: Observación post estrategia, al mes
O₇ y O₈: Observación post estrategia, a 2 meses

3.3. POBLACIÓN

Estuvo constituida por Adolescentes embarazadas usuarias del Servicio Materno Perinatal - psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Sergio E. Bernales Lima.

Características de la población

Criterios de inclusión:

Para el grupo experimental, se incluyeron:

- Las adolescentes embarazadas comprendidas entre 14 a 19 años de edad usuarias del Hospital y Servicio ámbito del estudio.
- Del primero y segundo trimestre.
- Con algún nivel de estudio.
- Que tengan la disposición de participar en el estudio, como parte del grupo experimental y se comprometa a asistir a las sesiones

Para el grupo control, se incluyeron en el estudio:

- Las adolescentes embarazadas comprendidas entre 14 a 19 años.
- Del primero y segundo trimestre.
- Con algún nivel de estudio.
- Que tengan la disposición de participar en el estudio, como parte del grupo control

Criterios de exclusión:

Se excluyó del estudio, a las adolescentes embarazadas:

- Con alguna complicación en el embarazo.
- Con alguna limitación de tipo cognitiva para asistir a las sesiones programadas.
- Que no acepten participar en el estudio ni asistir a las sesiones, (Rechacen el consentimiento informado)

Ubicación de la población en el espacio y tiempo

- a. Ubicación en el espacio.** El estudio se llevó a cabo en los ambientes del servicio Materno Perinatal – Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Sergio E Bernales.Llma
- b. Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue durante el periodo de Noviembre del 2014 al Agosto 2015

MUESTRA Y MUESTREO.

Cálculo del tamaño de la muestra

- **Unidad de análisis**

Cada Adolescente embarazada

- **Unidad de muestreo**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- **Marco muestral**

Relación o listado de adolescente embarazadas construida en una hoja de cálculo del programa EXCEL.

- **Tamaño muestral**

El cálculo de la muestra será mediante la fórmula:

$$n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2(p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - q_2)^2}$$

Dónde:

- $z\alpha = 1.96$ para un valor nivel error $\alpha = 0.05$ (5%)
- $z\beta = 0.84$ para un valor nivel error $\beta = 0.20$ (20%)
- $p_1 = 88,7\%$ de eficacia de la estrategia de afrontamiento
- $q_1 = 11,3\%$ ($1-p_1$)
- $p_2 = 57,9\%$ de eficacia de las atenciones prenatales habituales
- $q_2 = 42,1\%$ ($1-p_2$)

La solución del cálculo del tamaño muestral, se realizó por medio del cálculo automático en el programa Excel.

- Como resultado se trabajó con 29 adolescentes embarazadas tanto para el grupo experimental como para el grupo control.

- **Tipo de muestreo.**

Se utilizó un muestreo probalístico tipo Aleatorio Simple, con el procedimiento de asignación de sujetos a tratamientos.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Entre los instrumentos que fueron empleados en el estudio tenemos:

- **Guía de entrevista de características socio demográficas e historia reproductiva (Anexo N°01):** Este instrumento consta de preguntas clasificadas en dos dimensiones: Aspectos socio demográficos (Edad, sexo y estado civil, grado de instrucción y ocupación). También contiene información sobre las características sociales de las adolescentes embarazadas como: Persona con quien vive, historia de pareja, características familiares. Finalmente contiene datos sobre la historia sexual y reproductiva y algunos aspectos del embarazo.
- **Ficha de análisis documental sobre el control del embarazo: (Anexo N° 2):** Contiene información sobre el estado del embarazo

registrado en la historia Clínica Perinatal efectuado por el personal de Salud del Hospital en estudio, el resultado de la información reflejara lo siguiente: Embarazo normal, embarazo en riesgo.

- **Escala de evaluación de la situación problemática en la vida de la adolescente embarazada (ACS 1^{ra} parte) (Anexo N°3).**

Consiste en medir la modalidad o manera de la adolescente embarazada para afrontar problemas generales. La medición consistirá en:

Grave= 32 a 47.

Moderada= 17 a 31.

Leve= 1 a 16.

Ausencia de problemas = 0

- **Escala del Afrontamiento (ACS 2^{da} parte) (Anexo N°4).**

Esta escala fue elaborada por Frydenberg y Lewis en Australia y fue adaptado, al español, por Pereña y Seisdedos en 1995, este instrumento contienen 80 elementos (79 cerrados y 1 abierto), agrupados en 18 escalas, que reflejan 18 estrategias de afrontamiento. Los elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos: donde se otorga 1 punto a “ No me ocurre nunca o no lo hago”; 2 puntos a “ Me ocurre o lo hago raras veces”: y así sucesivamente hasta un máximo de 5 puntos a “ Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia”. Se suman los puntos de estas respuestas y se obtiene la puntuación total que recibe la estrategia en cuestión.

En el último elemento (Abierto) se le pide al sujeto que describa conductas que sean diferentes de las 79 restantes ya citadas ayuda).

(Estrategias alternativas que pudieran surgir).

Las 18 estrategias mencionadas son:

Buscar apoyo Social (consiste en compartir el problema con los demás y conseguir ayuda). Centrarse en resolver el problema dirige a abordar el problema sistemáticamente, teniendo en cuenta distintos puntos de vista para alcanzar la solución). Esforzarse y tener éxito (son las conductas de trabajo e implicación personal).

Preocuparse (se refiere al temor por el futuro o a la preocupación por la felicidad posterior). Invertir en amigos íntimos (esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal íntima). Buscar pertenencia (preocupación o interés en las relaciones con los demás, y específicamente por los que los otros piensan de uno).

Hacerse ilusiones (se refiere a las expectativas de que todo tendrá un final feliz). Falta de afrontamiento (es la capacidad para enfrentar el problema y la tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos).

Reducción de la tensión (Intento de sentirse acciones que reduzcan la tensión). Acción Social (consiste en dar a conocer a otras la preocupación que se tiene y buscar apoyo organizando actividades como reuniones, peticiones, etc). Ignorar el problema (esfuerzo consiente por negar o desentenderse del problema).

Autoculparse (el sujeto se ve asimismo como el culpable de su dificultad). Reservarlo para si (el sujeto tiende a aislarse y a impedir que otros conozcan su preocupación). Apoyo espiritual (tendencia a

rezar y creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual frente a los problemas).

Fijarse en lo positivo (visión optimista de la situación presente y tendencia a ver el lado bueno de las cosas y sentirse afortunado).

Buscar ayuda profesional (uso de consejeros profesionales como maestros o psicológicos). Distracciones relajantes (situaciones de ocio y relajantes como la lectura o la televisión). Distracciones físicas (dedicación al deporte, el esfuerzo físico y a mantenerse en forma).

Según Compas¹²⁸, esta de manera tal que conforman tres estilos de afrontamiento, los que representan aspectos funcionales y disfuncionales. Estos son:

Estilo dirigido a solucionar el problema (consiste en trabajar para resolver la situación problemática, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso. Abarca las siguientes estrategias: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, diversiones relajantes y distracción física).

Estilo de afrontamiento en relación con los demás (consiste en acercarse a otros para obtener apoyo).

Abarca las siguientes estrategias: apoyo social, amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, apoyo espiritual y buscar apoyo profesional).

Estilo improductivo combinación de estrategias improductivas de evitación que muestra una incapacidad empírica para afrontar los problemas. Abarca las siguientes estrategias: preocuparse, hacerse ilusiones, no afrontamiento, reducción de tensión, ignorar el problema, autoincumplirse y reservarlo para sí).

Cuestionario de Calidad de vida (Anexo N°5).

El objetivo de este cuestionario será medir la calidad de vida de las adolescentes embarazadas en estudio. Según el Modelo Operativo de Calidad de Vida propuesto por Schalok y Verdugo, dicho instrumento está conformado por ocho dimensiones.

Estas son: bienestar emocional, , bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, Relaciones interpersonales, inclusión social y derechos. Cada una de ellas, se hacen operativas en la formulación de indicadores diferenciándolos cuales, la presente investigación será emprendida ha extraído los 40 indicadores más destacados en función de la opinión de acuerdo o desacuerdo con valores que oscilan entre (1) y (4).

A continuación, les presentaremos las alternativas:

4= totalmente de acuerdo

3= de acuerdo

2= en desacuerdo

1= totalmente en desacuerdo.

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Documentos:

- El primer Lugar se solicitó permiso a las autoridades pertinentes como: al Director del hospital Segio E. Bernal, y al jefe del servicio materno perinatal- y psicoprofilaxis obstétrica.
- contacto fue para iniciar la selección de las adolescentes embarazadas participantes, la cual se hará a través de dos vías:

visita al programa de control prenatal y Psicoprofilaxis obstétricas; y visita domiciliaria en casos necesarios. Durante este primer contacto se aprovechó para darles a conocer los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética como:

La hoja de información: El cual fue entregado a las adolescentes embarazadas antes de dar inicio el estudio, se tratará de un documento en el que se expondrán los antecedentes conocidos sobre la calidad de vida en las adolescentes embarazadas, así como la utilidad de las terapias y estrategias de afrontamiento. Se explicó además los objetivos del estudio que proponemos y solicitamos su participación voluntaria y desinteresada. **(Anexo N° 06).**

Consentimiento informado: A través del cual las adolescentes embarazadas fueron informados por escrito de los objetivos generales del proyecto y del protocolo de trabajo en el que van a ser incluidos. Una vez leído este documento, los sujetos lo firmaron así como el investigador y finalmente se les entregará una copia para que se lo lleven y el investigador contó con una para utilizarlo como documento legal si requiriera el caso. **(Anexo N° 07).**

Compromiso de confidencialidad y protección de datos: Con este documento, nos comprometeremos por escrito a no revelar los datos de la investigación de los que pudieran deducirse datos personales de los participantes y a emplearlos únicamente en la consecución de los objetivos planteados y que ellos conocerán. La ley del secreto profesional y de protección de datos considerará al investigador RESPONSABLE de la guarda y custodia de datos personales, especialmente de datos considerados “sensibles” y a

proteger de forma especial, y de tomar las medidas pertinentes para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas.

- Así mismo este primer contacto con los adolescentes embarazadas fueron reclutados por las dos vías ya mencionadas, servirá como medio para obtener sus datos sociodemográficos y reproductivas a través de una entrevista rápida y la aplicación de los demás instrumentos a las adolescentes participantes que formarán parte del estudio tanto del grupo experimental y control.
- El segundo contacto fue a través una invitación individual a las adolescentes del grupo experimental que previamente ya aceptarían participar en el estudio y fue entregado sus invitaciones respectivas en sus hogares, en cuya invitación se incluirán las los días, las horas y el lugar de las sesiones que se llevarán a cabo.
- Tuvimos en cuenta el muestreo, se seleccionaó a las adolescentes del grupo experimental, es decir aquellas que recibirán las estrategias de afrontamiento, así como también se seleccionara del grupo de control.
- Los contactos siguientes fueron en cada sesión ya programada.

Procedimientos durante las sesiones del programa de intervención será: Plan de ejecución de las estrategias de afrontamiento en las adolescentes embarazadas (anexo N°10).

- **La estrategia de afrontamiento que se aplicó a las adolescentes embarazadas en estudio constara de 06 sesiones (2 por mes) de una hora a una hora y media de duración cada una, las cuales serán parte de las terapias cognitivo conductuales, el cual según**

diversos estudios serán de minimizar los estímulos generadores de un afrontamiento ineficaz que percibe la adolescente embarazada en su calidad de vida.

- Las sesiones se llevó a cabo en el Hospital Sergio E. Bernales Lima, ambiente, acogedor y apropiado para las gestantes, en el Servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica, consistirá en 6 sesiones (una por quincena) de una hora y media de duración cada una.
- Se llevaron a cabo en grupos pequeños de diez personas en un espacio tranquilo y habilitado del Hospital ya mencionado. Dichas sesiones serán realizadas por la tesista, asesora por una Psicóloga y con la colaboración de la obstetra asistencial del programa de Psicoprofilaxis y las internas de obstetricia.
- Para cada una de las sesiones se dispuso de un contenido y unos objetivos específicos.
- Los primeros diez a quince minutos de cada sesión se destinaron a motivar y recordar el contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos en relación con él a lo largo de la semana.
- A continuación el equipo multidisciplinario expuso de forma breve y didáctica el tema central de la sesión correspondiente a esa semana.
- En todas las sesiones se dio a las gestantes material escrito con el tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte más teórica y para que puedan releerlo en sus domicilios.
- Para facilitar la comprensión de los temas de las sesiones y amenizarlas, se prepararon presentaciones de diapositivas en Power Point.

- Dentro del material existieron “Hojas de Autorregistro”, en las que cada adolescente embarazada deberá anotar a lo largo de la semana los aspectos que se solicitaban en relación con lo aprendido en la sesión; por ejemplo, situaciones en las que se vean expuesto a estímulos estresantes, respuestas, etc. Se les insistirá en que este trabajo encargado entre sesiones será muy importantes, ya que permitirá el entrenamiento y la generalización de las estrategias aprendidas. La adolescente en estudio asumirá así un papel activo en el cuidado y mantenimiento de su salud frente al embarazo.
- Cada semana, el terapeuta se encargó de recogerlos y analizarlos. De este modo, obtuvimos información adicional de cada uno de los sujetos del estudio.

Análisis descriptivo: En el análisis descriptivo de cada una de las variables se tuvieron en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas.

Análisis inferencial:

En primer lugar para comprobar las igualdades de las características basales de las adolescentes embarazadas en estudio, se hicieron uso del análisis de varianza (ANOVA).

Luego para comprobar el efecto del programa de intervención cognitivo conductual sobre las variables descritas, realizamos un Análisis de Varianza Univariado, teniendo el primer factor intersujeto de dos niveles (grupo experimental y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, tras la terapia, al mes y a los dos meses). Finalmente, se

realizó Análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni para comprobar si existiesen diferencias significativas variables intersujetos e intrasujetos.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0 para Windows.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación que se pretende desarrollar no produce ningún efecto contraproducente al bienestar de los sujetos de la muestra. La toma de datos será manejados de manera confidencial, anónimos y conservados por la Escuela de Post Grado en reserva. La investigación posibilita que los integrantes de la muestra al sentirse con necesidad de retirarse lo puedan hacerlo.

El beneficio de la investigación se traduce para el grupo experimental; sin embargo para el grupo control el beneficio se podrá otorgar al final de concluido el estudio, evitando de esta forma restarles ventaja al grupo control.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

4.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Tabla 01. Características demográficas de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Características demográficas	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 29)	
	Nº	%	Nº	%
Edad en años				
14 a 16	16	55,2	9	31,0
17 a 19	13	44,8	20	69,0
Estado civil				
Soltera	12	41,4	10	34,5
Conviviente	17	58,6	19	65,5
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	1	3,4	0	0,0
Primaria completa	0	0,0	1	3,4
Secundaria incompleta	19	65,5	17	58,6
Secundaria completa	9	31,0	11	37,9
Ocupación				
Ama de casa	22	75,9	23	79,3
Comercio	1	3,4	1	3,4
Costura	0	0,0	1	3,4
Empleado público	0	0,0	1	3,4
Estudiante	5	17,2	3	10,3
Librería	1	3,4	0	0,0
Procedencia				
Rural	4	13,8	1	3,4
Urbana	10	34,5	3	10,3
Periurbana	15	51,7	25	86,2

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica y reproductiva (Anexo 01).

En cuanto a las características demográficas de las adolescentes embarazadas en estudio, en el grupo experimental se encontró 55,2% entre las edades de 14 a 16 años; 58,6% fueron de condición conviviente; 65,5% estuvieron con secundaria incompleta; 75,9% actualmente se encuentran de ama de casa y 51,7% proceden de la zona periurbana.

Por otro lado, en el grupo control encontramos 69,0% de adolescentes entre las edades de 17 a 19 años; 65,5% fueron de condición conviviente; 58,6% estuvieron con secundaria incompleta; 79,3% se dedican a ama de casa y 86,2% proceden de la zona periurbana.

Tabla 02. Características sociales de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Características sociales	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 29)	
	Nº	%	Nº	%
Persona con quien vive				
Pareja	18	62,1	19	65,5
Padres	11	37,9	8	27,6
Familiares	0	0,0	2	6,9
Tenencia de pareja				
SI	21	72,4	21	72,4
NO	8	27,6	8	27,6

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica y reproductiva (Anexo 01).

En relación a las características sociales de las adolescentes embarazadas en estudio, en el grupo experimental 62,1% de adolescentes viven con su pareja y 37,9% lo hacen con sus padres. El 72,4% de las adolescentes actualmente tienen pareja y 27,6% se encuentran solas.

Del mismo modo, en el grupo control 65,5% viven con sus parejas; 27,6% viven con sus padres y 6,9% con sus familiares. El 72,4% de las adolescentes actualmente tienen pareja y 27,6% no la tienen.

Tabla 03. Características del padre del bebé de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Características del padre del bebé	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 29)	
	Nº	%	Nº	%
Edad en años				
15 a 21	17	58,6	21	72,4
22 a 28	11	37,9	8	27,6
29 a 35	1	3,4	0	0,0
Ocupación				
Empleado	7	24,1	3	10,3
Obrero	14	48,3	20	69,0
Chofer	2	6,9	2	6,9
Comercio ambulatorio	1	3,4	2	6,9
Estudiante	4	13,8	1	3,4
Desocupado	1	3,4	1	3,4
Grado de instrucción				
Primaria completa	2	6,9	0	0,0
Secundaria incompleta	9	31,0	11	37,9
Secundaria completa	18	62,1	18	62,1
Tiempo de relación				
< 1 mes	1	3,4	1	3,4
1 a 3 meses	4	13,8	3	10,3
4 a 6 meses	4	13,8	3	10,3
7 a 9 mese	2	6,9	2	6,9
10 a 12 meses	9	31,0	9	31,0
13 a más	9	31,0	11	37,9
Tipo de relación actual				
Conviviente	20	69,0	18	62,1
Separada	4	13,8	8	27,6
Abandono	5	17,2	2	6,9
Ignorada	0	0,0	1	3,4
Reacción ante el embarazo				
Sobresaltado	10	34,5	8	27,6
Normal	19	65,5	21	72,4

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica y reproductiva (Anexo 01).

Respecto a las características del padre del bebé de las adolescentes embarazadas en estudio, en el grupo experimental 58,6% estuvieron con edades entre 15 a 21 años; 48,3% se dedican a la profesión de obrero; 62,1% tuvieron secundaria completa; 31,0% mantuvieron una relación entre 10 a 12

meses y 13 a más meses, cada una; 69,0% tuvieron una relación de conviviente y 65,5% la reacción ante el embarazo fue normal.

En el grupo control 72,4% estuvieron con edades entre 15 a 21 años; 69,0% se dedican a la profesión de obrero; 62,1% tuvieron secundaria completa; 37,9% mantuvieron una relación de 13 años a más; 62,1% tuvieron una relación de conviviente y 72,4% la reacción ante el embarazo fue normal.

Tabla 04. Características de los padres de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Características de los padres	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 29)	
	Nº	%	Nº	%
Lugar de procedencia				
Ancash	1	3,4	0	0,0
Apurímac	1	3,4	1	3,4
Arequipa	1	3,4	0	0,0
Ayacucho	1	3,4	0	0,0
Cajamarca	2	6,9	3	10,3
Callao	1	3,4	1	3,4
Chachapoyas	1	3,4	0	0,0
Chiclayo	1	3,4	1	3,4
Cusco	1	3,4	1	3,4
Huancavelica	0	0,0	1	3,4
Huancayo	0	0,0	2	6,9
Huánuco	1	3,4	2	6,9
Huaral	1	3,4	0	0,0
Huaraz	1	3,4	0	0,0
Iquitos	4	13,8	0	0,0
Junín	1	3,4	0	0,0
Lima	9	31,0	16	55,2
Tarma	1	3,4	0	0,0
Trujillo	1	3,4	1	3,4
Estado civil				
Casado	6	20,7	5	17,2
Conviviente	9	31,0	8	27,6
Separado	14	48,3	16	55,2
Reacción ante el embarazo				
Sobresaltado	26	89,7	22	75,9
Normal	3	10,3	7	24,1

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica y reproductiva (Anexo 01).

Con respecto a las características de los padres de las adolescentes embarazadas en estudio, en el grupo experimental 31,0% de sus padres proceden de la localidad de Lima; 48,3% se encontraban separados y 89,7% la reacción ante el embarazo fue sobresaltado.

Del mismo modo, en el grupo control 55,2% de sus padres proceden de la localidad de Lima; 55,2% fueron de condición separado y 75,9% la reacción ante el embarazo fue sobresaltado por parte de sus padres.

Tabla 05. Historia reproductiva de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Historia reproductiva	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 29)	
	Nº	%	Nº	%
Edad de la primera relación sexual				
12 a 14	6	20,7	9	31,0
15 a 17	23	79,3	17	58,6
18 a 20	0	0,0	2	6,9
Mayor de 20	0	0,0	1	3,4
Frecuencia de relaciones sexuales				
Diario	0	0,0	1	3,4
Interdiario	5	17,2	4	13,8
Semanal	8	27,6	12	41,4
Mensual	9	31,0	8	27,6
Ninguno	7	24,1	4	13,8
Uso de método anticonceptivo antes del embarazo				
SI	9	31,0	10	34,5
NO	20	69,0	19	65,5

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica y reproductiva (Anexo 01).

En razón a la historia reproductiva de las adolescentes embarazadas en estudio, en el grupo experimental 79,3% la edad de inicio de la primera relación sexual fue entre 15 a 17 años; 31,0% la frecuencia de relaciones sexuales fueron mensual y el 69,0% de las adolescentes no utilizaron método anticonceptivo antes de su embarazo.

En el grupo control, 58,6% la edad de inicio de la primera relación sexual fue entre 15 a 17 años; 41,4% la frecuencia de relaciones sexuales fue semanal y el 65,5% de las adolescentes no utilizaron método anticonceptivo antes de su embarazo.

Tabla 06. Aspectos del embarazo actual de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Aspectos del embarazo actual	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 29)	
	Nº	%	Nº	%
Reacción ante el embarazo				
Sobresaltado	22	75,9	20	69,0
Normal	7	24,1	9	31,0
Semanas de gestación de embarazo actual				
8 a 18	6	20,7	2	6,9
19 a 29	2	6,9	2	6,9
30 a 40	21	72,4	25	86,2
Frecuencia del control del embarazo				
Siempre	15	51,7	19	65,5
Casi siempre	4	13,8	4	13,8
A veces	8	27,6	5	17,2
Nunca	2	6,9	1	3,4

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica y reproductiva (Anexo 01).

Concerniente a los aspectos del embarazo, en el grupo experimental 75,9% los sentimientos al saberse embarazada fue de sobresalto; 72,4% tuvieron la edad gestacional entre 30 a 40 semanas y 51,7% de las adolescentes aseguraron que la frecuencia de atenciones prenatales es siempre.

En el grupo control, 69,0% de las adolescentes sostuvieron que los sentimientos al saberse embarazada fue de sobresalto; 86,2% tuvieron la edad gestacional entre 30 a 40 semanas y 65,5% de las adolescentes aseguraron que la frecuencia de atenciones prenatales es siempre.

Tabla 07. Control del embarazo de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Control del embarazo	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 29)	
	Nº	%	Nº	%
Peso en Kg				
40 a 45	15	51,7	10	34,5
46 a 51	9	31,0	14	48,3
52 a 57	4	13,8	4	13,8
58 a 63	1	3,4	1	3,4
Antecedentes de patologías				
Diabetes	1	3,4	0	0,0
Infección urinaria	1	3,4	1	3,4
Hipertensión arterial	1	3,4	1	3,4
Ninguna	26	89,7	27	93,1
Antecedentes obstétricos				
Aborto	3	10,3	5	17,2
Cesárea	1	3,4	2	6,9
Ninguna	25	86,2	22	75,9

Fuente: Ficha de análisis documental (Anexo 02).

Con respecto al control del embarazo, en el grupo experimental 51,7% tuvieron pesos entre 40 a 45 kg.; 89,7% no tuvieron antecedentes de patologías y 86,2% no tuvieron antecedentes obstétricos.

De igual modo, 48,3% de las adolescentes mantuvieron pesos entre 46 a 51 kg.; 93,1% no tuvieron antecedentes de patologías y 75,9% no tuvieron antecedentes obstétricos.

4.1.2. SITUACION PROBLEMÁTICA:

Tabla 08. Situación problemática de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Situación problemática	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Grave	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Moderado	15	51,7	7	24,1	3	10,3	3	10,3
Leve	14	48,3	22	75,9	26	89,7	26	89,7
Ausente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Grave	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Moderado	10	34,5	11	37,9	11	37,9	10	34,5
Leve	19	65,5	18	62,1	18	62,1	19	65,5
Ausente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Escala de evaluación de la situación problemática (Anexo 03).

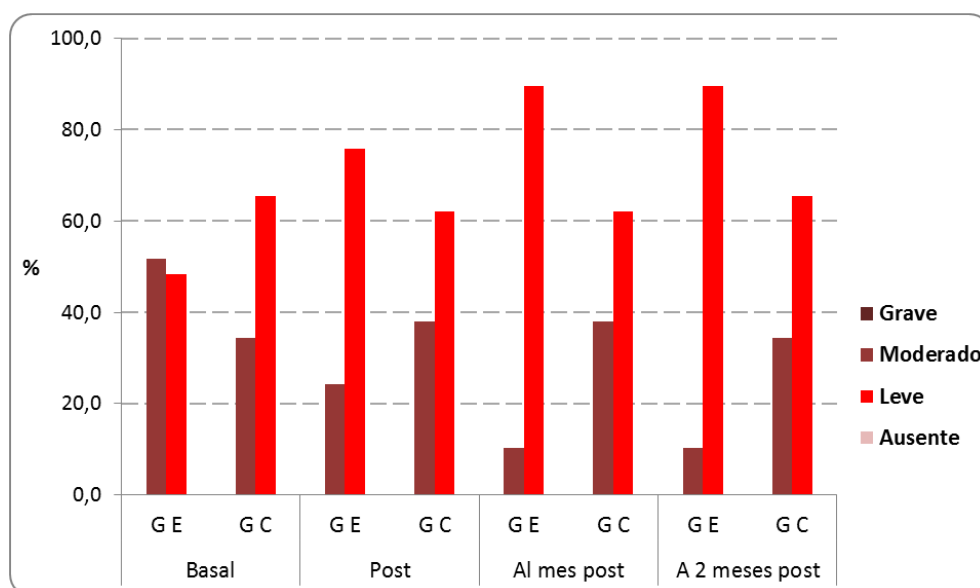


Gráfico 01. Porcentaje de adolescentes embarazadas según situación problemática y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

En cuanto a la situación problemática en la vida de las adolescentes embarazadas en estudio, en el momento basal no existió diferencias relevantes en la situación problemática leve (experimental 48,3%; control 65,5%). Al

finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de la situación problemática se mantuvo en el grupo control (62,1%) respecto al grupo experimental (75,9%). Durante las mediciones efectuadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de la situación problemática leve fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

4.1.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:

Tabla 09. Afrontamiento dirigido a la relaciones de problemas de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Afrontamiento dirigido a la relaciones de problemas	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Intensa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amplia	6	20,7	7	24,1	5	17,2	6	20,7
Considerable	17	58,6	20	69,0	21	72,4	19	65,5
Escasa	6	20,7	2	6,9	0	0,0	1	3,4
Mínima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Intensa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amplia	2	6,9	2	6,9	2	6,9	2	6,9
Considerable	23	79,3	22	75,9	21	72,4	23	79,3
Escasa	4	13,8	5	17,2	6	20,7	4	13,8
Mínima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Escala del afrontamiento (Anexo 04).

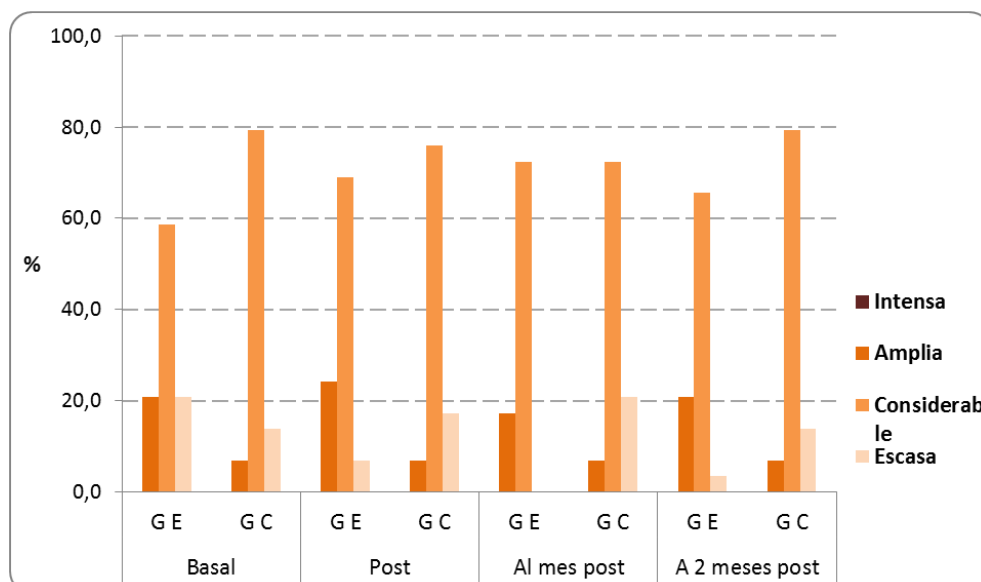


Gráfico 02. Porcentaje de adolescentes embarazadas según afrontamiento dirigido a la relaciones de problemas y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima – 2015

En relación al afrontamiento dirigido a la resolución de problemas, en el momento basal no existió diferencias relevantes en afrontamiento amplia dirigido a la resolución de problemas (experimental 20,7%; control 6,9%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de afrontamiento amplia se mantuvo en el grupo control (6,9%) respecto al grupo experimental (24,1%). Durante las mediciones efectuadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de afrontamiento dirigido a la resolución de problemas fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 10. Afrontamiento en relación con los demás de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Afrontamiento en relación con los demás	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Intensa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amplia	1	3,4	3	10,3	10	34,5	12	41,4
Considerable	10	34,5	24	82,8	19	65,5	17	58,6
Escasa	17	58,6	2	6,9	0	0,0	0	0,0
Mínima	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Intensa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amplia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Considerable	12	41,4	14	48,3	14	48,3	13	44,8
Escasa	15	51,7	13	44,8	13	44,8	14	48,3
Mínima	2	6,9	2	6,9	2	6,9	2	6,9

Fuente: Escala del afrontamiento (Anexo 04).

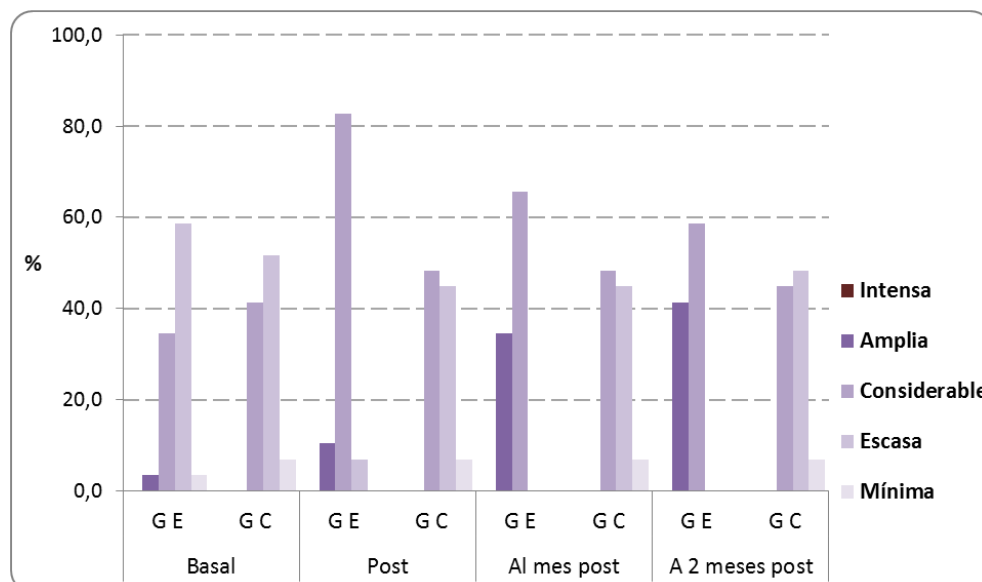


Gráfico 03. Porcentaje de adolescentes embarazadas según afrontamiento en relación con los demás y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Respecto al afrontamiento en relación con los demás, en el basal no existió diferencias en afrontamiento amplia en relación con los demás (experimental 3,4%; control 0,0%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de afrontamiento amplia se mantuvo en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (10,3%). Durante las mediciones efectuadas en los dos seguimientos posteriores, los porcentajes de afrontamiento en relación con los demás fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 11. Afrontamiento improductivo de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Afrontamiento improductivo	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Intensa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amplia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Considerable	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
Escasa	20	69,0	9	31,0	8	27,6	0	0,0
Mínima	9	31,0	20	69,0	21	72,4	28	96,6
Grupo control (n=29)								
Intensa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amplia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Considerable	2	6,9	3	10,3	2	6,9	2	6,9
Escasa	20	69,0	18	62,1	19	65,5	16	55,2
Mínima	7	24,1	8	27,6	8	27,6	11	37,9

Fuente: Escala del afrontamiento (Anexo 04).

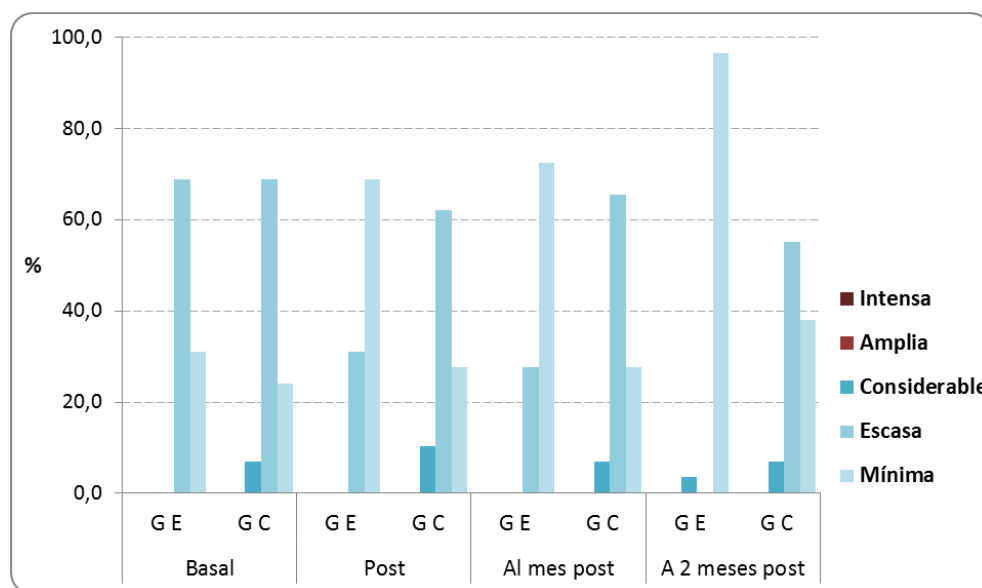


Gráfico 04. Porcentaje de adolescentes embarazadas según afrontamiento improductivo y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

En razón al afrontamiento improductivo, en el momento basal no existió diferencias en afrontamiento improductivo mínimo (experimental 31,0%; control 24,1%). Al finalizar la estrategia el porcentaje de afrontamiento improductivo mínimo se mantuvo en el grupo control (27,6%) respecto al grupo experimental (69,0%). Durante las mediciones efectuadas en los dos seguimientos posteriores los porcentajes de afrontamiento improductivo fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 12. Estrategia de afrontamiento de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Estrategia de afrontamiento	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Intensa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amplia	0	0,0	0	0,0	5	17,2	8	27,6
Considerable	17	58,6	27	93,1	24	82,8	21	72,4
Escasa	12	41,4	2	6,9	0	0,0	0	0,0
Mínima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Intensa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amplia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
Considerable	14	48,3	14	48,3	14	48,3	14	48,3
Escasa	15	51,7	15	51,7	15	51,7	14	48,3
Mínima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Escala del afrontamiento (Anexo 04).

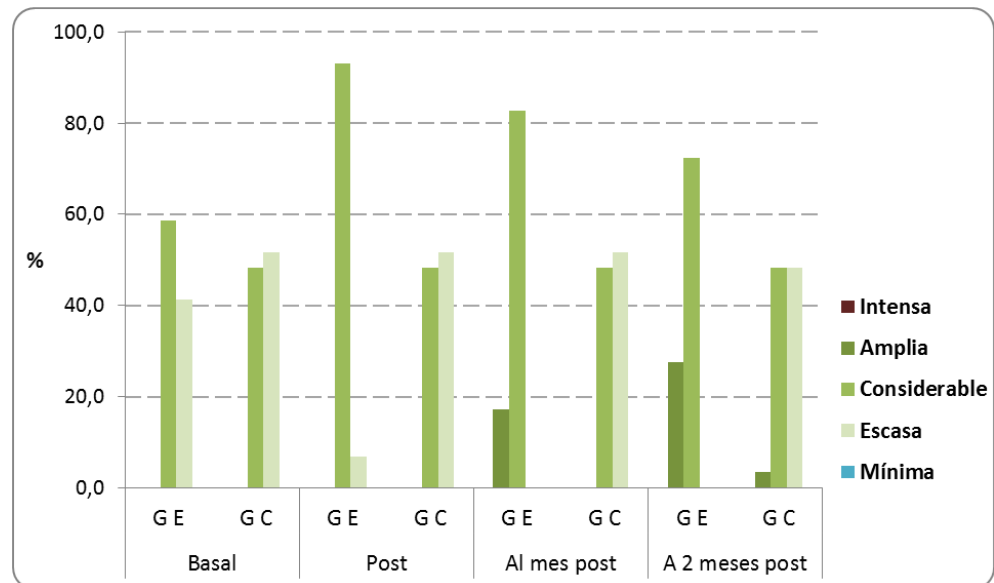


Gráfico 05. Porcentaje de adolescentes embarazadas según estrategia de afrontamiento y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

En el momento basal, en el grupo experimental se halló 58,6% de afrontamiento general considerable y en el grupo control fue 48,3%. Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de afrontamiento general considerable fue menor en el grupo control (48,3%) respecto al grupo experimental (93,1%). Durante las mediciones efectuadas en los dos seguimientos posteriores, los porcentajes de afrontamiento general fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

4.1.4. CALIDAD DE VIDA:

Tabla 13. Bienestar emocional de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Bienestar Emocional	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Alta	3	10,3	5	17,2	7	24,1	5	17,2
Medianamente alta	5	17,2	2	6,9	8	27,6	11	37,9
Aceptable	18	62,1	22	75,9	14	48,3	12	41,4
Baja	3	10,3	0	0,0	0	0,0	1	3,4
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Alta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Medianamente alta	4	13,8	4	13,8	4	13,8	7	24,1
Aceptable	24	82,8	24	82,8	24	82,8	21	72,4
Baja	1	3,4	1	3,4	1	3,4	1	3,4
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 05).

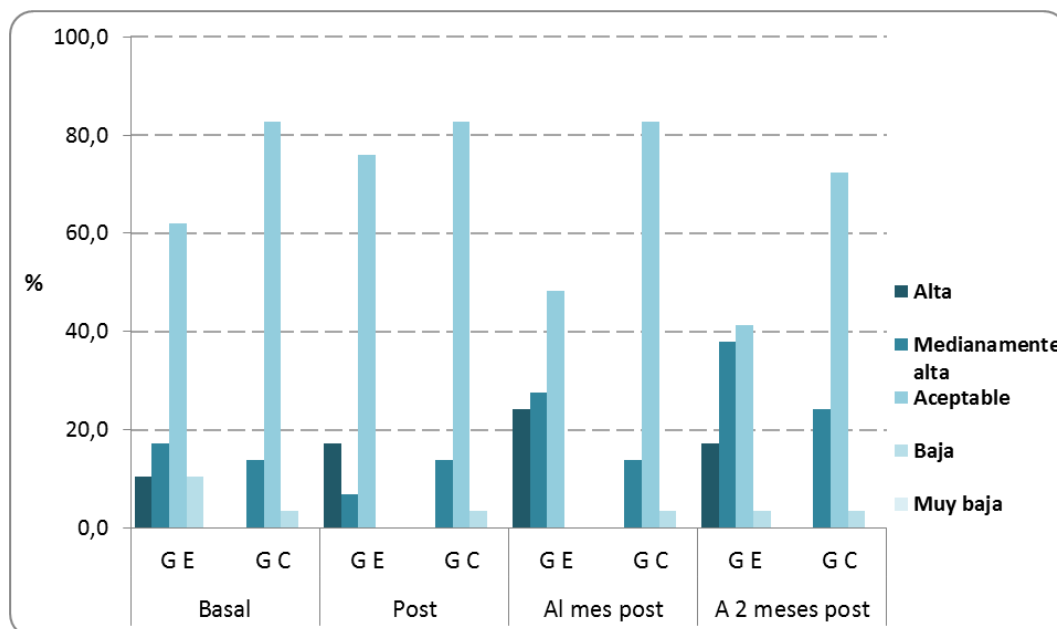


Gráfico 06. Porcentaje de adolescentes embarazadas según bienestar emocional y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima – 2015

En relación a la calidad de vida según bienestar emocional, en el momento basal no existió diferencias en bienestar emocional alta (experimental 10,0%; control 0,0%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de bienestar emocional alta se mantuvo en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (17,2%). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de bienestar emocional alta fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 14. Relaciones interpersonales de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Relaciones Interpersonales	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Alta	5	17,2	7	24,1	15	51,7	10	34,5
Medianamente alta	14	48,3	20	69,0	9	31,0	13	44,8
Aceptable	9	31,0	2	6,9	5	17,2	6	20,7
Baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Alta	1	3,4	1	3,4	1	3,4	5	17,2
Medianamente alta	17	58,6	17	58,6	19	65,5	16	55,2
Aceptable	10	34,5	10	34,5	8	27,6	7	24,1
Baja	1	3,4	1	3,4	1	3,4	1	3,4
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 05).

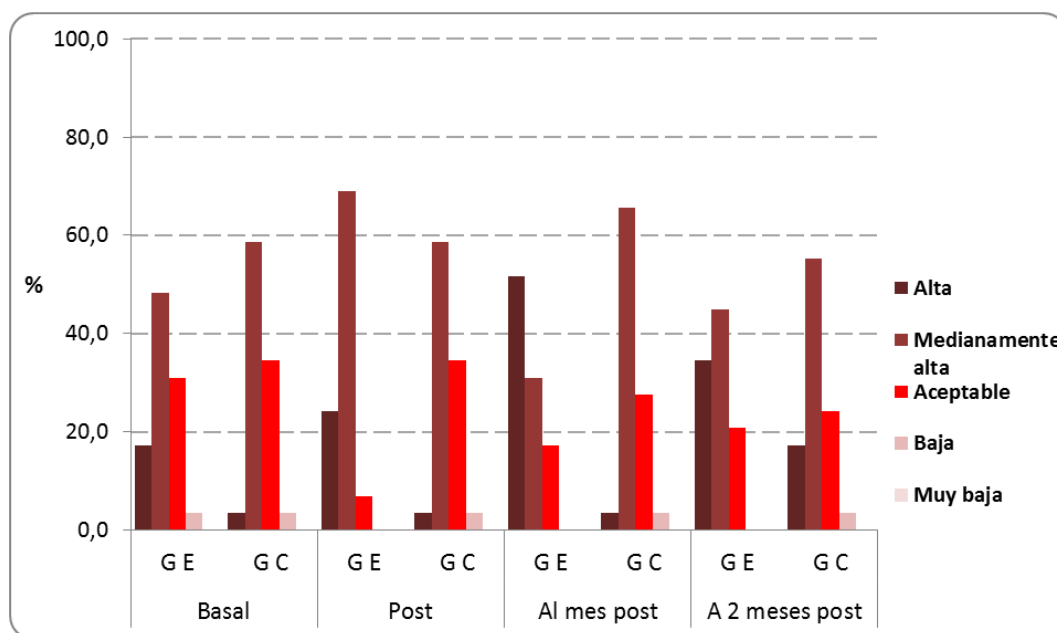


Gráfico 07. Porcentaje de adolescentes embarazadas según relaciones interpersonales y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Respecto a la calidad de vida según relaciones interpersonales, en el momento basal no existió diferencias relevantes en relaciones interpersonales alta (experimental 17,2%; control 3,4%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de relaciones interpersonales alta se mantuvo en el grupo control (3,4%) respecto al grupo experimental (24,1%). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de relaciones interpersonales alta fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 15. Bienestar material de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Bienestar Material	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Alta	5	17,2	7	24,1	9	31,0	13	44,8
Medianamente alta	10	34,5	12	41,4	14	48,3	13	44,8
Aceptable	10	34,5	10	34,5	4	13,8	3	10,3
Baja	4	13,8	0	0,0	2	6,9	0	0,0
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Alta	0	0,0	0	0,0	5	17,2	5	17,2
Medianamente alta	23	79,3	23	79,3	20	69,0	20	69,0
Aceptable	5	17,2	5	17,2	2	6,9	3	10,3
Baja	1	3,4	1	3,4	1	3,4	1	3,4
Muy baja	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 05).

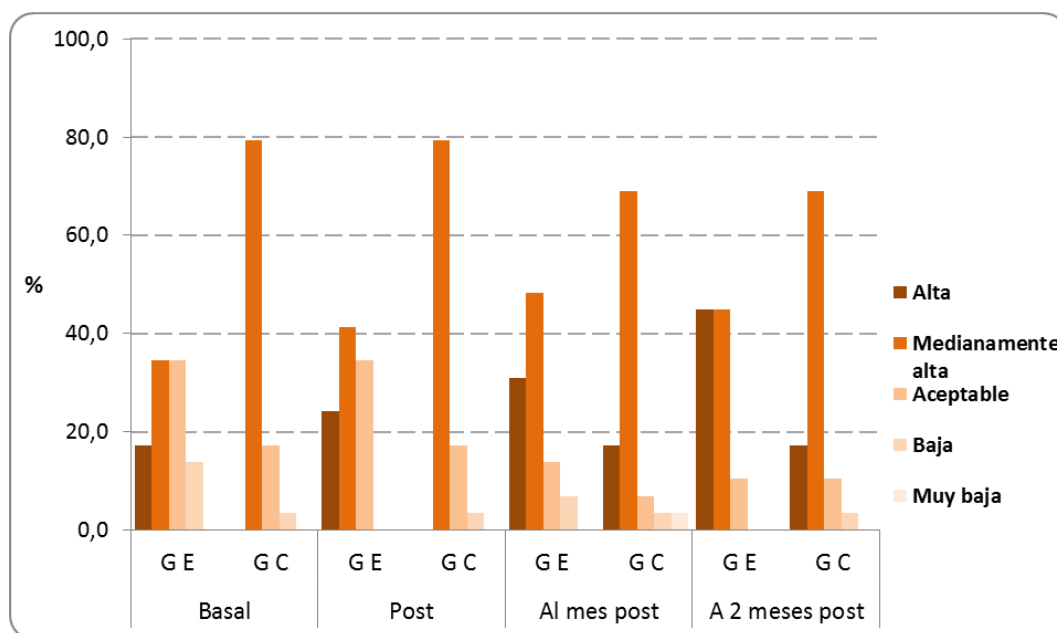


Gráfico 08. Porcentaje de adolescentes embarazadas según bienestar material y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

En razón a la calidad de vida según bienestar material, en el momento basal no existió diferencias relevantes en bienestar material alta (experimental 17,2%; control 0,0%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de bienestar material alta se mantuvo en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (24,1%). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de bienestar material alta fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 16. Desarrollo personal de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Desarrollo Personal	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupo experimental (n = 29)									
Alta	4	13,8	7	24,1	12	41,4	13	44,8	
Medianamente alta	9	31,0	18	62,1	17	58,6	14	48,3	
Aceptable	14	48,3	4	13,8	0	0,0	2	6,9	
Baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Muy baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Grupo control (n=29)									
Alta	1	3,4	2	6,9	3	10,3	4	13,8	
Medianamente alta	9	31,0	18	62,1	11	37,9	14	48,3	
Aceptable	19	65,5	9	31,0	15	51,7	11	37,9	
Baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 05).



Gráfico 09. Porcentaje de adolescentes embarazadas según desarrollo personal y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

En relación a la calidad de vida según desarrollo personal, en el basal no existió diferencias en desarrollo personal alta (experimental 13,8%; control 3,4%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de desarrollo personal alta se mantuvo en el grupo control (6,9%) respecto al grupo experimental (24,1%). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de desarrollo personal fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 17. Bienestar físico de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Bienestar Físico	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Alta	5	17,2	9	31,0	10	34,5	14	48,3
Medianamente alta	18	62,1	20	69,0	19	65,5	12	41,4
Aceptable	4	13,8	0	0,0	0	0,0	3	10,3
Baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Alta	0	0,0	4	13,8	0	0,0	2	6,9
Medianamente alta	23	79,3	23	79,3	26	89,7	21	72,4
Aceptable	6	20,7	2	6,9	3	10,3	6	20,7
Baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 05).

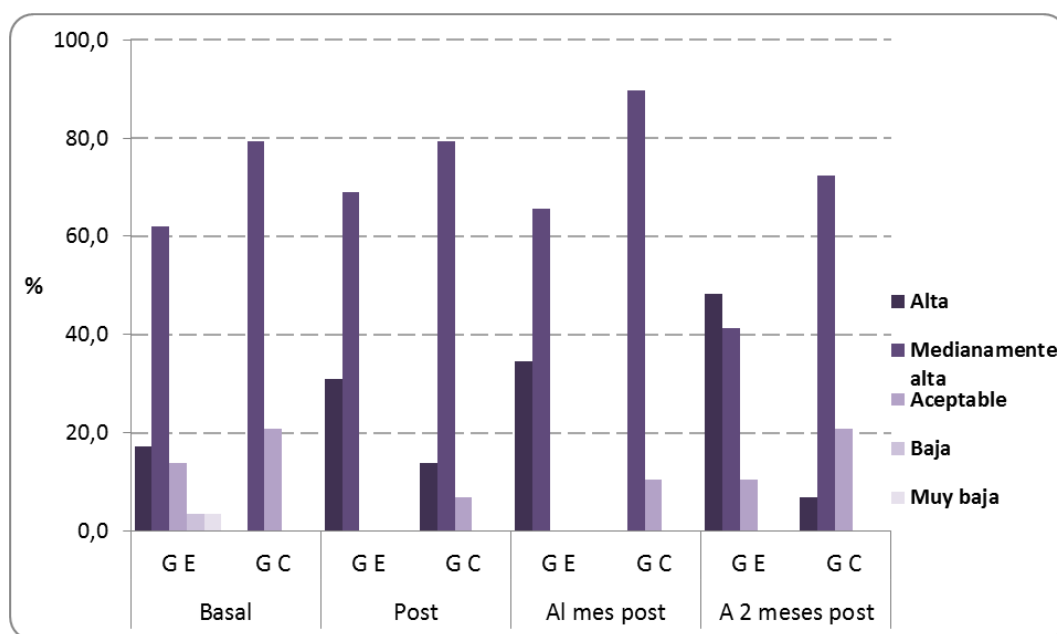


Gráfico 10. Porcentaje de adolescentes embarazadas según bienestar físico y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Respecto a la calidad de vida según bienestar físico, en el momento basal no existió diferencias relevantes en bienestar físico alta (experimental 17,2%; control 0,0%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de bienestar físico alta se mantuvo en el grupo control (13,8%) respecto al grupo experimental (31,0%). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de desarrollo personal alta fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 18. Autodeterminación de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Autodeterminación	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupo experimental (n = 29)									
Alta	5	17,2	9	31,0	15	51,7	16	55,2	
Medianamente alta	11	37,9	19	65,5	14	48,3	13	44,8	
Aceptable	12	41,4	1	3,4	0	0,0	0	0,0	
Baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Muy baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Grupo control (n=29)									
Alta	1	3,4	2	6,9	1	3,4	1	3,4	
Medianamente alta	22	75,9	24	82,8	22	75,9	19	65,5	
Aceptable	6	20,7	3	10,3	6	20,7	8	27,6	
Baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 05).

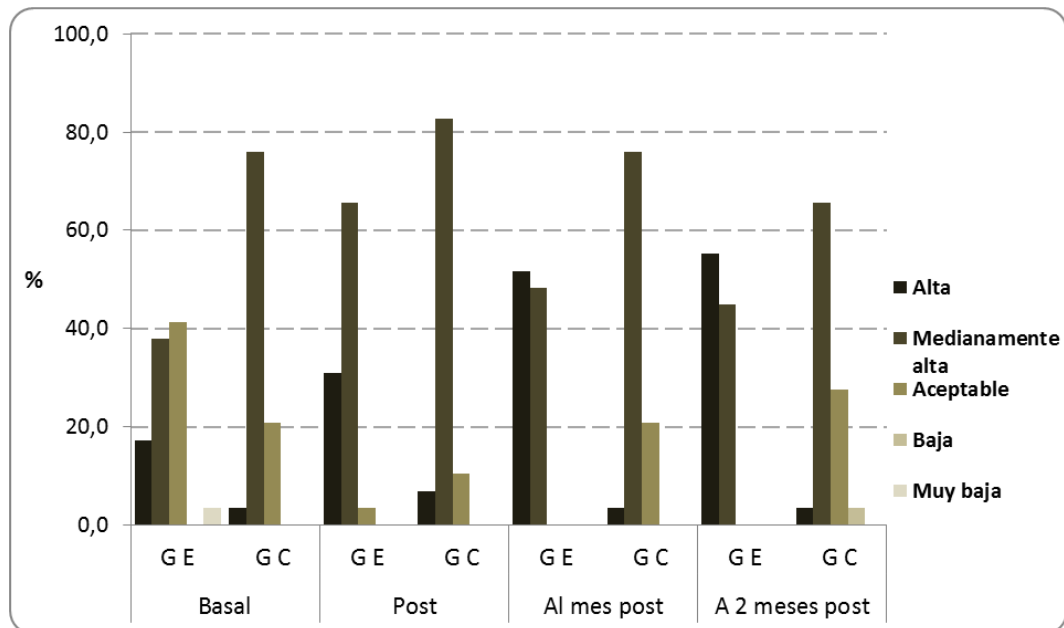


Gráfico 11. Porcentaje de adolescentes embarazadas según autodeterminación y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Con respecto a la calidad de vida según autodeterminación, en el momento basal no existió diferencias en la autodeterminación alta (experimental 17,2%; control 3,4%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de autodeterminación alta se mantuvo en el grupo control (6,9%) respecto al grupo experimental (31,0%). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de autodeterminación alta fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 19. Inclusión social de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Inclusión Social	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Alta	3	10,3	3	10,3	9	31,0	11	37,9
Medianamente alta	3	10,3	20	69,0	20	69,0	13	44,8
Aceptable	14	48,3	6	20,7	0	0,0	5	17,2
Baja	8	27,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Alta	1	3,4	3	10,3	1	3,4	1	3,4
Medianamente alta	5	17,2	6	20,7	5	17,2	5	17,2
Aceptable	15	51,7	13	44,8	15	51,7	15	51,7
Baja	8	27,6	7	24,1	8	27,6	7	24,1
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 05).

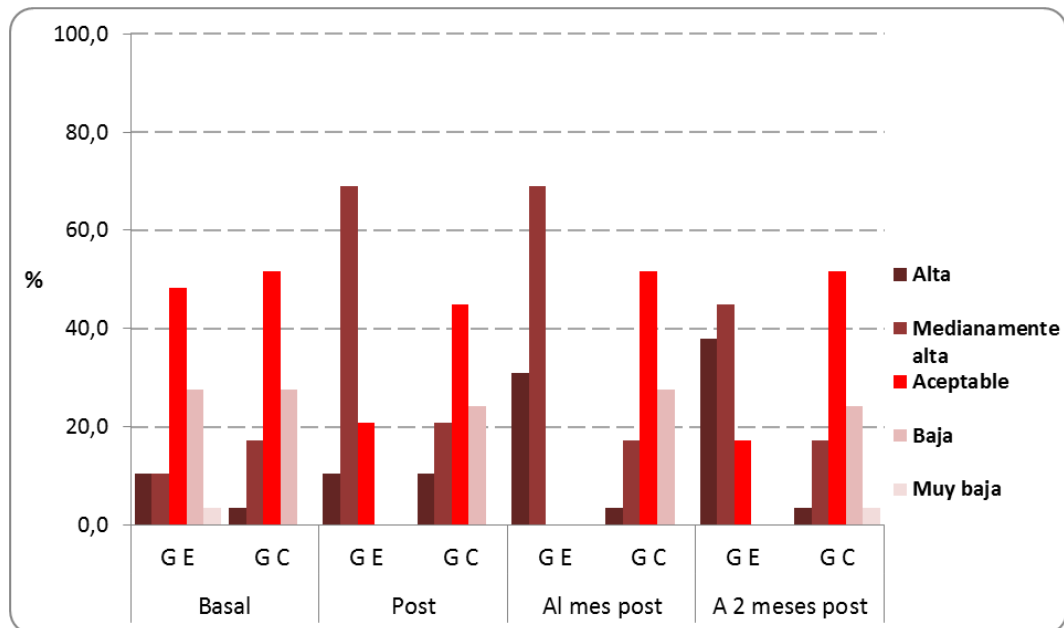


Gráfico 12. Porcentaje de adolescentes embarazadas según inclusión social y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Concerniente a la calidad de vida según inclusión social, en el basal no existió diferencias en inclusión social alta (experimental 10,3%; control 3,4%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de inclusión social medianamente alta se mantuvo en el grupo control (20,7%) respecto al grupo experimental (69,0%). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de inclusión social alta fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 20. Derechos de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Derechos	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Alta	7	24,1	25	86,2	15	51,7	29	100,0
Aceptable	19	65,5	4	13,8	14	48,3	0	0,0
Baja	2	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Alta	2	6,9	6	20,7	2	6,9	2	6,9
Aceptable	26	89,7	22	75,9	26	89,7	26	89,7
Baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy baja	1	3,4	1	3,4	1	3,4	1	3,4

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 05).

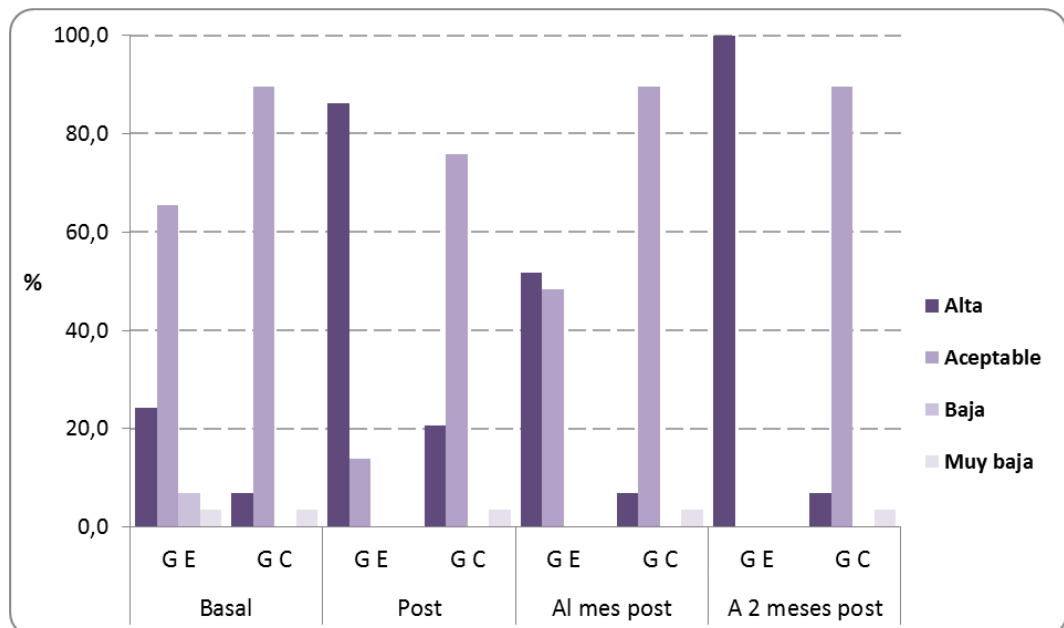


Gráfico 13. Porcentaje de adolescentes embarazadas según derechos y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

En lo que respecta a la calidad de vida según derechos, en el momento basal la calidad de derechos alta en el grupo experimental fue 24,1% y en el control de 6,9%. Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de derechos alta se mantuvo en el grupo control (20,7%) respecto al grupo experimental (86,2%). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de derechos alta fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 21. Calidad de vida de las adolescentes embarazadas según momentos y por grupos de estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Calidad de vida	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Alta	5	17,2	9	31,0	16	55,2	13	44,8
Medianamente alta	12	41,4	20	69,0	13	44,8	16	55,2
Aceptable	10	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy baja	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Alta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
Medianamente alta	24	82,8	27	93,1	24	82,8	21	72,4
Aceptable	5	17,2	2	6,9	5	17,2	7	24,1
Baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Muy baja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 05).

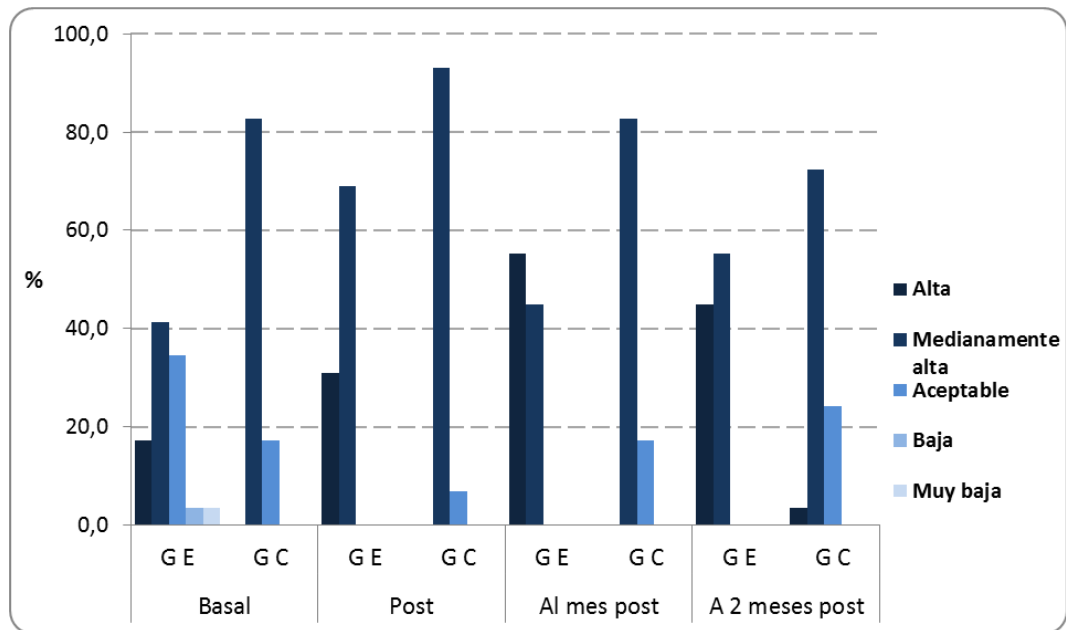


Gráfico 14. Porcentaje de adolescentes embarazadas según calidad de vida y momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

En cuanto a la calidad de vida en general, en el momento basal no existió diferencias relevantes de porcentajes en la calidad de vida alta (experimental 17,2%; control 0,0%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de calidad de vida alta se mantuvo en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (31,0%). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses post estrategia), los porcentajes de calidad de vida alta fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS

Tabla 22. ANOVAS y prueba “post hoc” de Bonferroni para la variable situación problemática en la vida entre los dos grupos en los diferentes momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	Basal	Post estrategia	Al mes post estrategia	A 2 meses post estrategia
ANOVAS	F(1,56)=0,38; p=0,540	F(1,56)=9,42; p=0,003	F(1,56)11,75; p=0,001	F(1,56)18,35; p=0,000
Grupo experimental (n = 29)				
Comparaciones múltiples con ajuste de Bonferroni* (valor P)		0,023	0,002	0,000
Grupo control (n = 29)				
Comparaciones múltiples con ajuste de Bonferroni* (valor P)		1,000	1,000	1,000

* Basal - Post estrategia

Al mes post estrategia

A 2 meses post estrategia

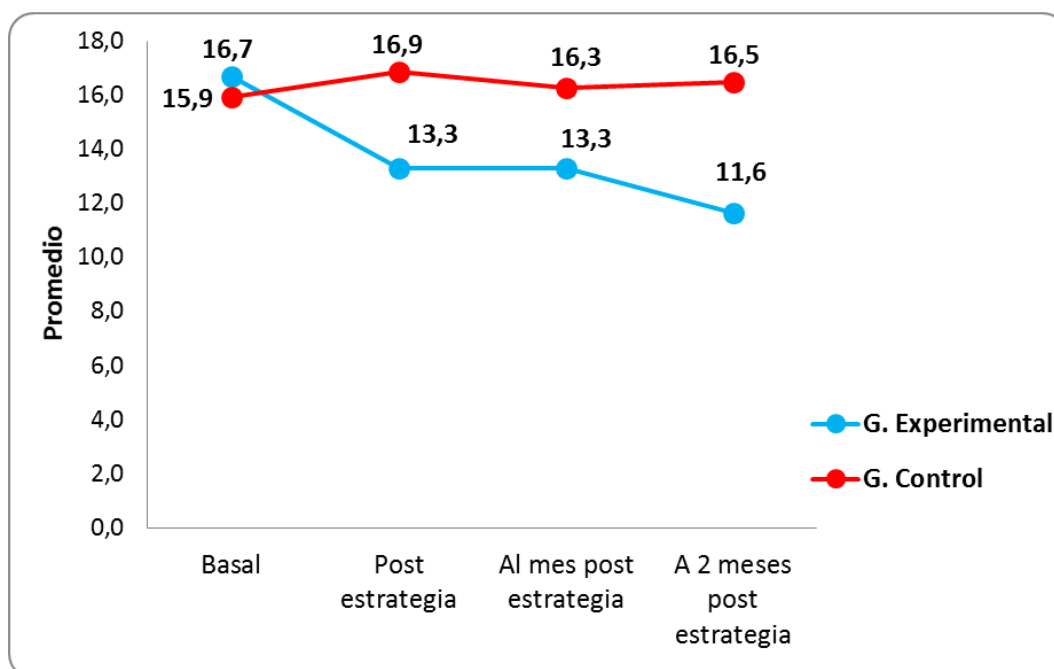


Gráfico 15. Representación de las medias de puntuaciones de situación problemática en la vida en los diferentes momentos y según grupos. Hospital Sergio E. Bernales Lima – 2015

En cuanto situación problemática en la vida de las adolescentes embarazadas en estudio, los promedios obtenidos en el grupo experimental (13,3; 13,3 y 11,6 post estrategia, al mes y a 2 meses post estrategia respectivamente) resultaron ser menores que las obtenidas en el grupo control (16,9; 16,3 y 16,5 post estrategia, al mes y a 2 meses post estrategia respectivamente).

Luego, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (experimental y control) en los diferentes momentos evaluados (basal, post estrategia, al mes y a 2 meses post estrategia); en el momento basal no hubo diferencias significativas ($P=0,540$) y se encontró diferencias estadísticamente significativas en post estrategia ($P=0,003$); al mes ($P=0,001$) y a 2 meses post estrategia ($P=0,000$).

Además, en el grupo experimental se comprobó diferencias estadísticamente significativas entre la fase basal y post estrategia, al mes y a dos meses post estrategia ($P<0,05$). Por otro lado, en el grupo control no se evidenció estas diferencias ($P>0,05$).

Tabla 23. ANOVAS y prueba “post hoc” de Bonferroni para la variable estrategia de afrontamiento entre los dos grupos en los diferentes momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

ANALISIS ESTADISTICO	Basal	Post estrategia	Al mes post estrategia	A 2 meses post estrategia
ANOVAS	F(1,56)=0,51; p=0,225	F(1,56)=17,30; p=0,000	F(1,56)=50,40; p=0,000	F(1,56)=50,59; p=0,000
Grupo experimental (n = 29)				
Comparaciones múltiples con ajuste de Bonferroni* (valor P)		0,004	0,000	0,000
Grupo control (n = 29)				
Comparaciones múltiples con ajuste de Bonferroni* (valor P)		1,000	1,000	1,000

* Basal - Post estrategia

Al mes post estrategia

A 2 meses post estrategia

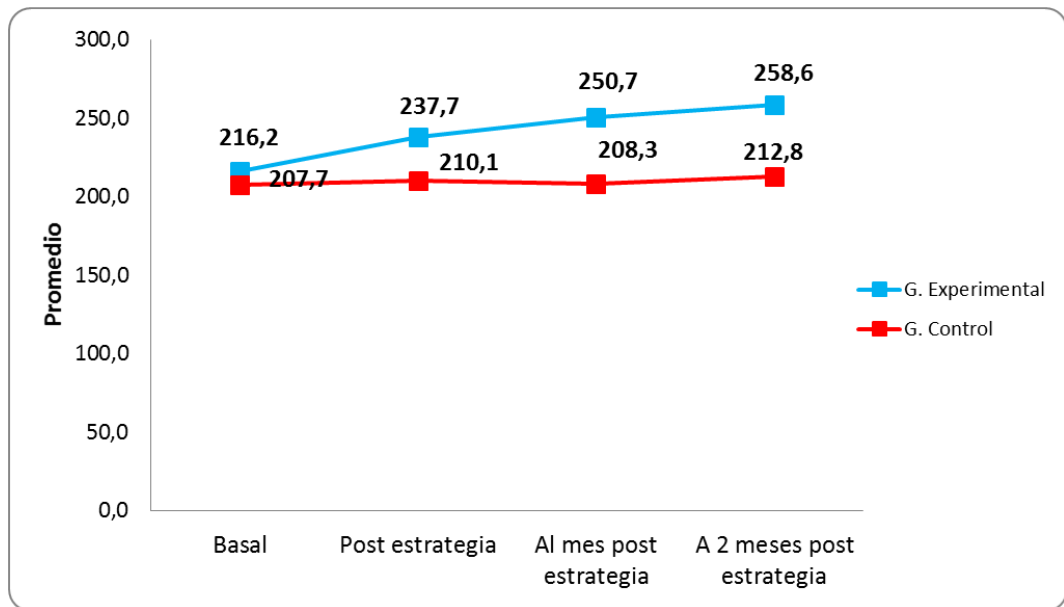


Gráfico 16. Representación de las medias de puntuaciones de estrategias de afrontamiento en los diferentes momentos y según grupos. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Respecto a la estrategia de afrontamiento general, los promedios obtenidos en el grupo experimental (237,7; 250,7 y 258,6 post estrategia, al mes y a 2 meses post estrategia respectivamente) resultaron mayores que las obtenidas en el grupo control (210,1; 208,3 y 212,8 post estrategia, al mes y a 2 meses post estrategia respectivamente).

Luego, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (experimental y control) en los diferentes momentos evaluados (basal, post estrategia, al mes y a 2 meses post estrategia); en el momento basal no hubo diferencias significativas ($P=0,225$) y se encontró diferencias estadísticamente significativas en post estrategia ($P=0,000$); al mes ($P=0,000$) y a 2 meses post estrategia ($P=0,000$).

Además, en el grupo experimental se comprobó diferencias estadísticamente significativas entre la fase basal y post estrategia, al mes y a dos meses post estrategia ($P<0,05$). Por otro lado, en el grupo control no se evidenció estas diferencias ($P>0,05$).

Tabla 24. ANOVAS y prueba “post hoc” de Bonferroni para la variable calidad de vida entre los dos grupos en los diferentes momentos del estudio. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	Basal	Post estrategia	Al mes post estrategia	A 2 meses post estrategia
ANOVAS	F(1,56)=0,16; p=0,694	F(1,56)=14,73; p=0,000	F(1,56)=52,79; p=0,000	F(1,56)=50,43; p=0,000
Grupo experimental (n = 29)				
Comparaciones múltiples con ajuste de Bonferroni* (valor P)		0,002	0,000	0,000
Grupo control (n = 29)				
Comparaciones múltiples con ajuste de Bonferroni* (valor P)		0,065	0,853	0,514

* Basal - Post estrategia
 Al mes post estrategia
 A 2 meses post estrategia

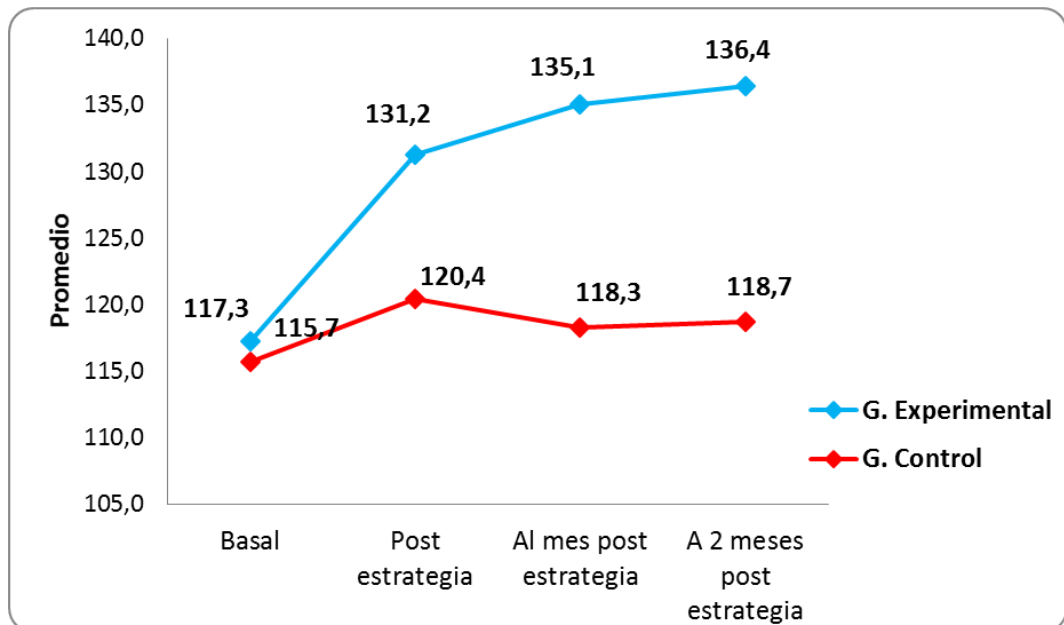


Gráfico 17. Representación de las medias de puntuaciones de calidad de vida en los diferentes momentos y según grupos. Hospital Sergio E. Bernales Lima - 2015

Y, en cuanto a la calidad de vida, los promedios obtenidos en el grupo experimental (131,2; 135,1 y 136,4 post estrategia, al mes y a 2 meses post estrategia respectivamente) resultaron mayores que las obtenidas en el grupo control (120,4; 118,3 y 118,7 post estrategia, al mes y a 2 meses post estrategia respectivamente).

Luego, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (experimental y control) en los diferentes momentos evaluados (basal, post estrategia, al mes y a 2 meses post estrategia); en el momento basal no hubo diferencias significativas ($P=0,694$) y se encontró diferencias estadísticamente significativas en post estrategia ($P=0,000$); al mes ($P=0,000$) y a 2 meses post estrategia ($P=0,000$).

Además, en el grupo experimental se comprobó diferencias estadísticamente significativas entre la fase basal y post estrategia, al mes y a dos meses post estrategia ($P<0,05$). Por otro lado, en el grupo control no se evidenció estas diferencias ($P>0,05$).

CAPÍTULO V

DISCUSION

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La adolescencia es una etapa significativa puesto que en ella se producen sustanciales transformaciones en la personalidad, al mismo tiempo que se define la identidad y se lleva a cabo la elaboración de un proyecto de vida⁹⁶.

El embarazo en la adolescencia complejiza las vicisitudes habituales de esta etapa evolutiva, a las que se suman los cambios afectivos observados a lo largo de cualquier gestación, así como las dificultades familiares y personales. La intranquilidad sobre el porvenir y las decisiones que se han de adoptar aumentan el conflicto que debe abordar la adolescente y su entorno. El embarazo y la maternidad llevan a una irrupción abrupta de una función adulta y a un testimonio de la paradoja que viven los adolescentes: la madurez biológica que precede en mucho a la independencia social. Demanda la puesta en marcha de los recursos físicos, afectivos, cognoscitivos, comportamentales y sociales con los que cuenta la joven en ese momento. Es, en sí, una experiencia social, posee significación psicológica, ocurre en un momento o etapa determinada y tiene una duración limitada en el

tiempo. El impacto que tenga en el sujeto dependerá tanto de su historia previa como de la situación que está viviendo⁹⁷.

En nuestra investigación se demostró que hubo un efecto positivo en la disminución de la situación problemática en la vida de las adolescentes embarazadas, con $p \leq 0,05$ y este resultado fue sostenible en el tiempo. Asimismo, también hubo efectos positivos en el manejo de las estrategias de afrontamiento y en la mejora de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas en estudio, siendo significativo estadísticamente con $p \leq 0,05$.

Al respecto, se encontró estudios que apoyan nuestros resultados como los de Prado⁹⁸ quien concluyó que las estrategias de afrontamiento son más eficaces en la mejoría de las variables de afrontamiento y calidad de vida, que los cuidados habituales.

Ongarato y Becerra⁹⁹ ultimaron que a nivel general las adolescentes embarazadas parecen aumentar la implementación de todas las estrategias de afrontamiento, privilegiando la búsqueda de resolución de los problemas y el análisis lógico de las situaciones. Las adolescentes del segundo grupo, muestran una inclinación a evitar pensar en los inconvenientes y se reconocen poco proclives a la búsqueda de ayuda en el entorno.

Viñas, González, García, Malo y Casas¹⁰⁰ encontraron que las estrategias de afrontamiento de fijarse en lo positivo, distracción física, esforzarse y tener éxito están asociadas un mayor bienestar personal mientras que autoinculparse y reservarlo para sí mismo lo están a un peor bienestar personal.

Gruen, quienes sostienen que toda persona frente a situaciones de crisis, perturbación, problemas estresantes o de amenaza presentes en la vida diaria, pone en marcha o destinan la mayor energía posible a diversas habilidades de afrontamiento como parte del mecanismo de defensa hacia los modos de adaptación satisfactoria¹⁰¹.

Asimismo, Kanfer, Goldstein¹⁰² considera que el recibir información, prepara a los sujetos para identificar los factores del estrés, con ello afrontar una situación, elevar la auto confianza, reducir los miedos y facilitar la planeación (ordenar sus experiencias respecto a las diferentes etapas al afrontar una situación problemáticas) de este modo, se da un incremento en el auto control ante la estimulación nociva, por los factores cognoscitivos en juego que llevan a respuestas alternativas efectivas.

Otra teoría en la que gravitan los resultados obtenidos es la de la elasticidad de Hook, que explica la existencia de estímulos que provocan diversas reacciones fisiológicas y/o psicológicas que la persona demanda enfrentar para lograr cambios en el equilibrio psicológico¹⁰³.

Por su parte, Lazarus¹⁰⁴ sostiene que el afrontamiento manipula o altera el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien, regula la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí, es decir entre las circunstancias estresantes y sus consecuencias físicas y psicológicas.

Por otro lado, Sorto, López y López¹⁰⁵ concluyeron que a nivel correlacional, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre

las variables, estrategias de afrontamiento y calidad de vida, por lo tanto se rechaza la hipótesis de trabajo, H_1 : "Las estrategias de afrontamiento de las adolescentes embarazadas que son atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental se relacionan significativamente con la calidad de vida percibida". Y se acepta la hipótesis nula H_0 : "Las estrategias de afrontamiento de las adolescentes embarazadas que son atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental no se relacionan con la calidad de vida percibida" aunque el uso de estrategias de afrontamiento se asocian significativa y positivamente con sus factores como es entre estrategia de afrontamiento y resolución de problemas con 0.529 que es una correlación positiva media; además la estrategias de afrontamiento y expresión emocional con 0.563 que es una correlación positiva media; también estrategia de afrontamiento y pensamiento desiderativo con 0.562 que es una correlación positiva media; en la estrategia de afrontamiento y apoyo social con 0.521 que es una correlación positiva media; así mismo en la estrategia de afrontamiento y reestructuración cognitiva con 0.522 que es una correlación positiva media, e igual en la estrategia de afrontamiento y evitación de problemas con 0.625 que es una correlación positiva media y por ultimo estrategia de afrontamiento y retirada social con 0.606 que es una correlación positiva media.

Finalmente pensamos que este trabajo contribuye como propuesta para la elaboración de programas de protección del embarazo en adolescentes a partir de la identificación de estrategias saludables de afrontamiento dado que casi no existen, en nuestro medio con investigaciones sobre las estrategias que más utilizan las jóvenes que se

embarazan precozmente para abordar las situaciones problemáticas que a diario se le presentan y que redunde en su bienestar y consecuentemente en su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El grupo que recibió las estrategias de afrontamiento, presentó una disminución en la media de las puntuaciones la variable situación problemática en la vida de la adolescente embarazada e incremento para las variables estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Sin embargo, no se observó tal efecto en el grupo control.
- Las diferencias de las variables situación problemática, estrategias de afrontamiento y calidad de vida entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados de post estrategias, al mes y a 2 meses post estrategia fueron significativos estadísticamente ($p \leq 0,05$).
- Y, en el grupo experimental, en las variables situación problemática, -----
-----estrategias de afrontamiento y calidad de vida se encontraron diferencias significativas entre el momento basal y los tres momentos posteriores; las diferencias entre las medias fueron significativas estadísticamente ($p \leq 0,05$). Por otro lado, en el grupo control no se evidenció diferencias significativas entre el momento basal y los 3 momentos posteriores ($p > 0,05$).

SUGERENCIAS

Se recomiendan lo siguiente:

- Realizar entrevistas cualitativas para obtener información de aspectos relevantes que implican las estrategias de afrontamiento y calidad de vida de las adolescentes embarazadas.
- Futuras investigaciones deberían orientarse a evaluar cómo los estilos y estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes pueden predecir el bienestar personal durante la etapa adulta.
- Desarrollar programas de difusión y promoción de conductas saludables y de auto cuidado en adolescentes y jóvenes hacia la prevención de embarazos en adolescentes en los centros educativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frydenberg E, Lewis R. Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. Adaptado por J.Pereña y N. Seisedos. Madrid. TEA Ediciones. 1996.
2. Myors K, Johnson M, Langdon R. Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas. Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires 2001;10(2), 155.
3. Frydenberg E. Adolescent coping. Theoretical and research perspectives. Londres: Routledge. 1997.
4. United Nations Population Fund (UNFPA), Key Future Actions. Report of the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Health celebrate en New York, April 14-17, 1998, p. 2.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington, D.C.: OPS/OMS,1998.
6. Camacho V. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe: revisión bibliográfica, 1988-1998. Washington D.C.: OPS/OMS,2000.
7. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Panorama Social de América Latina 1999-2000. Nueva York: Naciones Unidas, 2000.
8. Matilde Maddaleno, MD, MPH, Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Las Américas; Implicancias en programas y políticas. 2003.

9. Raguz, M. Adolescentes y Salud Reproductiva, en: Perinat, A. (Ed.), Adolescencia, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Capítulo 9 (en prensa). 2002.
10. Torrico, M. La Planificación Familiar en el Perú. Diagnostico Situacional. IMPARES, Lima, 2005.
11. Pallete, B. La sexualidad adolescente. Enciclopedia medica del Niño y el Adolescente. Editorial Mc Graw Hill. México, 2005.
12. ALLER ATUCHA, L. M., y PAILLES, J. (1997): "La práctica del aborto en Argentina", en Rev Ginecol Reprod, 5:241.
13. CALANDRA, N.; VÁZQUEZ, S., y BERNER, E. (1996): "Embarazo adolescente. Investigación sobre los aspectos biopsicosociales", en Rev Soc Arg Ginecol In
14. CASPER, L. (1990): "Does Family Interaction Prevent Adolescent Pregnancy?", en Family Planning Perspectives, 22, pp. 109-114.
15. CASULLO, M. (1998): Adolescentes en riesgo. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
16. Shin, D.C. & Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as and overall assessment of the quality of life. Social Indicators Research, 5, 475-492.
17. Levi, L. y Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida.
18. Drescher, K.; Monga, M.; Williams, P.; Promecene-Cook, P. & Scneider, K. (2003). Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. American Journal of Obstetritia Gynecology, 188(5): 1231-1233.
19. Westhoff, C.; Picardoc, L. & Morrowa, E. (2003). Quality of life following early medical or surgical abortion. Contraception, 67, 41-47.
20. WILLIAMS, K., y MCGILLICUDDY, D. L. A. (2000): "Coping Strategies in Adolescents", en Journal of Applied Developmental Psychology, 20 (4), pp. 537-549.
21. Fernández A.M "La adolescentes o fragilizacion de las niñas". Capítulo 3 en

- “la invención de la niña” de Fernández, Ana Maria Unicef.Argentina, 1993.
22. Calessio Moreira. Enfoques transdisciplinarios en el abordaje de las adolescentes que pasan por la experiencia de la maternidad [sitio en internet]. Disponible en : <http://www.ulbra.br/psicologia/files/aletheia30.pdf> Consulta : 05 de setiembre de 2009
23. Franco Pelaes ZR. La promoción de la salud en el marco de la bioética y desarrollo humano de los adolescentes. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.promocionsalud. ucaldas.edu.co/downloads/revista%2011_5 pdf .
24. Lazarus R, Folkman S. Op.cit., p.9
25. Contreras F A, Esguerra G, Espinosa JC, Gomez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia Renal Cronica (IRC) en tratamiento de Hemodialisis. Universidad Santo Tomas Bogota – Colombia; 2007.
26. Florez Alarcon L. Elaboracion e implementación de un programa de Educacion para la salud dirigido a la prevención en adolescentes gestantes [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/dv/psicologia-142-6-elaboracion-e-implementacion-de-un-programa-de-eduacion-para-la-salud.dirigido-a-la-promocion-y-la-prevencion-en-adolescentes-gestantes.html> consulta: 09 de agosto 2009.
27. Della Mora M, Landoni A. Estrategias de afrontamiento de adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires. Psicología Científica. Bueno Aires 2005.

28. Fantin M. Florentino M. Correche M. Estilos de personalidad estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. Fundamentos en humanidades. Universidad Nacional de San Luis 2005.
29. Garaigordobil L.M. Intervención con adolescentes: impacto de una programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psic Condu,(Esp)* 2001,9(2). P. 221-246.
30. Gonzales Barrón, Montoya Castilla Inmaculada, Casullo M Maria, Bernabéu Verdu Jordi. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema (Esp)* 2002; 14(2): 363-368.
31. Prado JI. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida de adolescentes embarazadas Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano. Dirección Universitaria de Investigación UNHEVAL. Huánuco 2008
32. Prado JI. Habilidades de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes embarazadas usuarias del Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano. Huánuco 2010.
33. Garza Muñoz G. Características de los seres vivos "[Sitio Internet]. Disponible en <http://temas-biología.blogspot.com/2008/04/características-de-los-seres-vivos.html> Consulta: 25 de agosto de 2009.
34. Declaración del X II Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular de China.

35. Steinberg LD, J Belsky. *Infancy, Childhood, and Adolescence: in Context*. New York McGraw-Hill; 1991.
36. Piaget J. *The Language and Thought of the Child*. New York: Harcourt Brace; 1926.
37. Ippolito Shepherd J. *Escuelas Promotores de la Salud*. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.bvsde.opsoms.org/bvsdescuelas/fulltext/ireps/estrategias.pdf> Consulta: 21 de junio del 2009.
38. Bandura Gruce JE, Menlove FL. Some Social Determinants of Self-Monitoring Reinforcement Systems. *Journal of Personality and Social Psychology*.
39. Frydemberg E. Lewis R. El hacer frente adolescente. Las maneras diferentes en las cuales los muchachos y las muchachas hacen frente”, en: *Diario del adolescente*; 1991.p. 119_133.
40. Frydemberg E. Lewis R. El hacer frente adolescente. Las maneras diferentes en las cuales los muchachos y las muchachas hacen frente”, en: *Diario del adolescente*; 1991.p. 132.
41. Frydemberg E. Lewis R. El hacer frente adolescente. Las maneras diferentes en las cuales los muchachos y las muchachas hacen frente”, en: *Diario del adolescente*; 1991.p. 130.
42. Freud S. *Inhibición, síntoma y angustia*. Londres: Standard; 1926.
43. Frydemberg E. Lewis R. Estilos que hacen frente adolescentes australianos, en : *Investigador educativo Australiano*; 1991.p.65_ 82.
44. Compas B, Mallaren V, Fondacaro K. El hacer frente a acontecimientos agotadores en más viejos niños y adolescentes jóvenes en: *Diario de la Psicología asesor y clínica*; 1988.
45. Arostegui I. *Evaluación de la Calidad de Vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto; 1998
46. Borthwick Duffy SA. *Quality of life* en Gómez, María; Sabeh, Eliana N. *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca [Sito en

- Internet]. Disponible en : <http://www.usal.es/-inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. Consulta: 31 de mayo del 2008.
47. Felce D, Perry J. Quality of life: en Gomez, Maria; Sabeh; Eliana N. Calidad de Vida. Evolucion del concepto y su influencia en la investigación practica Instituto Universitario de Integracion en la Comunidad, Facultad de Psicologia, Universidad de Salamanca [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.usal.es/-inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. Consulta: 31 de mayo del 2007
48. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española – 2000. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://academiaperuanade> la lengua.org/consulta: 31 de julio del 2007.
49. OMS. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol; 2002.p. 74-105.
50. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Construcción Cultural del concepto de calidad de vida. Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia – 2005. [Tesis de Maestría]. Medellin. 2005.
51. Piedrola Gil G, Domínguez Carmona M. Medicina Preventiva y salud Pública. Barcelona; 1988.p29.
52. Fabelo Corso, JR. Práctica, conocimiento y valoración: Ciencias Sociales. Ciudad Habana; 1989.
53. Vargas Flores J, Ibañez Reyes J, Cortez Vásquez E, Ramírez Guerrero E, Cabrera Méndez J. Psic Iztac (Mex) 2001;4(1):1-5.
54. Verdugo MA, Schalock RL. El concepto de calidad de vida en los servicios Humanos. Apoyo autodeterminación y calidad de vida: AMARU; 2001.p 105-112.
55. Torroella G. Salud para la Vida. Como educar a los adolescentes. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://saludparalavida.sal.cu/modules.php?name=New&file=article&sid=27> 5 Consulta: 10 de abril del 2011.
56. Villa Gonzales C. Secretaria de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva; 2002.
57. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización, Barcelona.

- [sitio en internet]. Disponible en: <http://www.gebcat.cat/salut/depsa/units/aatrm/pdf/da0601es.pdf> Consulta 10 de abril del 2011.
58. Schalock R, Verdugo M. Op.cit, p 5.
59. OPS. Programa Regional de Adolescentes. Salud y desarrollo sexuales de adolescentes y de la juventud en las Américas del Programa y de la política. Documento de proyecto; 2000.
60. Verdugo Alonso MA. Calidad de Vida y Calidad de vida familiar. [Sitio en Internet]. Disponible en http://www.down21.org/A_verdugo.htm Consulta: 10 de agosto de 2009.
61. Cuevas Garavito A. Embarazo en adolescentes: Una visión desde la realidad [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Aura_Cuevas.htm Consulta: 10 de Agosto de 2009.
62. Agudelo Corredor L, Vargas Soto C, Osorio Castañeda. Y. cual es el impacto del embarazo adolescente en la familia y la sociedad? [Sitio en Internet] Disponible en: <http://200.21.104.25/grume/resúmenes%20ejecutivos/Embarazos%20en%20adolescentes.pdf> Consulta: 10 de agosto 2009.
63. Romero MI, Maddaleno M, Silber TJ, Munist M. Salud Reproductiva. Embarazo en la adolescencia, manual de medicina de la adolescencia Washington, DC: OPS/OMS; 1992:P.473-82.
64. Cedillo NS, Dellan JE, Toro MJ. Estado Nutricional de las adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento fetal. Rev Obstet Ginecol (Venez) 2006;66(4): 233-40.
65. López Martínez AE. Estilos y estrategias de afrontamiento en el cáncer de mama. Proyecto de Investigación Departamento de Psicología Social y de la Personalidad. Universidad de Malaga. España.
66. Lazarus RS, Folkman y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud Bilbao: Desclee de Brouwer, 2000.
67. Lazarus RS, Folkman S. Op.cit.p.2. .
68. Frydemberg E. Op.cit.,p2.
69. Trujillo HM, Fernandez JM. Víctimas de catástrofes: Madrid: Piramide; 2005.

70. Buceta JM, Bueno AM. Intervención Psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo. Madrid: Dykinson;2001.
71. Fierro Bardaji A. Estrés, afrontamiento y adaptación: Promolibro. Valencia España; 1997.p.11-37.
72. López Martínez AE. Aspectos conceptuales y metodológicos implicados en la relación entre estrés y calidad de vida: Promolibro.España;1997.p.39-69.
73. Carver CS. Determinación de estrategias que hacen frente: un acercamiento teóricamente basado. Diario de la personalidad y de la Psicología Social; 1989.56 (2) ,267-283.
74. Lazarus RS, Folkman. Op.cit, p290.
75. Frydemberg E, Lewis R..Op.cit.,p 36.
76. Braden C. McGlone Pcnnington F. Spyschosocial and bchavioural outcomcs from dic systcnñc lupus crythcmatosus scif-hclp-coursc. Hcalth Educ Q993;20:294.
77. Shong A. Effects of a self-management c ourse for patients ith systemic lupus erythematosus. JAdv Nuers 2003; 42: 479-486.
78. Foxbury Bosley C, Ryle A, Sonhsen E. A. trial of cognitive analytic therapy in poorly controlled type 1 patients. D iabetes Cure; 1997.p.959-964.
79. Mende Ojivares M. Técnicas de reestructuración cognitiva: Madrid: Biblioteca Nueva; 1998.p.409-442.
80. Kazdin AE. Autocontrol un cambio del comportamiento: En M. JMahoney: Arroyo/col; 1974.
81. Meichenbaum D. Op-cit.p.2.
82. Suin RM, Richardson F. Formación para la administración de la ansiedad: Un programa no específico de la terapia de comportamiento para el control de la ansiedad. 1971; 2:498-51.
83. Katchadourian HA, Martin JA. Análisis del comportamiento sexual humano. México: FCE; 1998.p. 19-20.
84. Galdos S. Sexualidad: Educación para la salud materno infantil. L IMA: Colegio Médico del Perú; 1989.p.131-1432.
85. OMS. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev.Esp Geriart Gerontol; 2002.p.74-105.

86. Ruoti A. Patología obstétrica en la adolescencia embarazada. Rev. Sogia. 1994; 1(2):70-2.
87. Stern C. Pubertad y embarazo: Aspectos sociodemográficos y culturales. Fisiopatología de la pubertad y embarazo – anticoncepción en adolescentes. México: simposio Laboratorio Serono; 1997.. Frydemberg E.Op.cit.,p2.
88. Forrest JD.Sincronizacion de las etapas reproductivas de la vida. Obstet Gynecol 1994; 82:105.
89. Padilla de Gil. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev Sogia 2000:7(1): 16-25.
90. Mantilla Cárdenas W, Álvaro López J, Cortez A. El Embarazo adolescente y la construcción de identidad. [Sitio en internet] Disponible en:
http://www.usta.edu.co/publicaciones/hallazgos/documentos/hallazgos_1/separata/12.pdf Consulta: 10de agosto del 2009.
91. Stern C.Op.cit.p.475.
92. Della Mora y Landoni. Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires Argentina. 2005.
93. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. Nueva York: Springer. 1984.
94. Crespo M, Cruzado JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universita-rios. Análisis y Modificación de conducta, 1997;23, 797-830.
95. Frydenberg E, Lewis R. The Adolescent Coping Scale: multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. European Journal of Psychological Assessment, 1996;12, 216-227.
96. Deschamps JP. Embarazo y maternidad en la adolescente. Barcelona: Herder. 1999.
97. Casullo MM. Adolescentes en riesgo. Buenos Aires: Paidós. 2001.
98. Prado JI. Estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” Huánuco 2009. [Tesis]. Huánuco – Perú: Universidad Nacional “Hermilio Valdizán; 2010.

99. Ongarato P, Becerra L. Embarazo adolescente y estrategias de afrontamiento en escuelas medias de la ciudad de buenos aires. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.
100. Viñas F, González M, García Y, Malo S, Casas F. Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *anales de psicología*, 2015, 31(1):226-233.
101. Folkman S, Lazarus R, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen R. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*; 1986.p.992-1003.
102. Kanfer F, Goldstein A. *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: DDB; 1987.
103. Modelo de la ley de elasticidad de Hook. La elasticidad. [Sitio en internet]. [Consulta: 10 de agosto de 2010]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Viscoelasticidad_de_pol%C3%ADmeros
104. Lazarus RS. *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2000.
105. Sorto EM, López BJ, López NC. *Análisis de la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes embarazadas atendidas en hospitales públicos de la zona oriental durante el año 2013*. [Tesis]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2013.

ANEXO

Código:

ANEXO N° 01

GUIA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA Y REPRODUCTIVA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN. Estrategia de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Hospital Sergio E. Bernales Lima-2015.

Instrucciones. Sra. La saludo cordialmente y le solicito se sirva responder las preguntas que se presentan a continuación marcando con un aspa (x) sobre la alternativa que corresponde a las características generales de su persona y sobre algunos aspectos de su embarazo.

El presente cuestionario es anónimo y los datos serán conservados con la total confidencialidad del caso, garantizándose su privacidad.

Gracias por su colaboración.

I. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

1. ¿cuantos años cumplidos tienes a la fecha?

(...)

(...)

(...)

2. ¿en qué zona se ubica su vivienda?

Rural (...)

Urbana (...)

Periurbana (...)

3. ¿cuál es tu región?

4. ¿cuál es tu estado civil actual?

Soltera (...)

Conviviente (...)

5. ¿qué grado de instrucción alcanzaste a la fecha?

Primaria incompleta (...)

Primaria completa (...)

Secundaria incompleta (...)

Secundaria completa (...)

6. ¿A qué te dedicas actualmente?

II. CARACTERISTICAS SOCIALES.

7. ¿Con quién vives actualmente?

Pareja (...)

Padres (...)

Familiares (...)

III. HISTORIA PAREJA

8. Actualmente ¿tienes pareja?

Si (...)

No (...)

9. ¿cuál es la edad del padre del bebe?

10. ¿A qué se dedica el padre de tu bebe?

- Empleado (...)
- Obrero (...)
- Chofer (...)
- Comercio ambulatorio (...)
- Estudiante (...)
- Desocupado (...)

11. ¿Qué grado de instrucción alcanzaste a la fecha?

- Primaria incompleta (...)
- Primaria completa (...)
- Secundaria incompleta (...)
- Secundaria completa (...)

12. ¿Qué tiempo de la relación sostuviste con el padre de tu bebe?

- <1 mes (...)
- 1-3 meses (...)
- 4-6 meses (...)
- 7-9 meses (...)
- 10-12 meses (...)
- 13 a mas (...)

13. Actualmente ¿cuál es la relación con el padre de tu bebe?

- Conviviente (...)
- Separada (...)
- Abandono (...)
- Ignorada (...)

14. ¿cuál fue la reacción del padre de tu bebe ante tu embarazo?

- Sobresaltado (...)
- Normal (...)

IV. CARACTERISTICAS DE LOS PADRES.

15. ¿de dónde proceden tus padres?

16. ¿cuál es el estado civil de tus padres?

- Casado (...)
- Conviviente (...)
- Separado (...)

17. ¿qué reacción mostraron tus padres cuando se enteraron de tu embarazo?

- Sobresaltado (...)
- Normal (...)

V. HISTORIA REPRODUCTIVA.

18. Edad de a primera relación sexual

19. ¿Con que frecuencia tienes relaciones sexuales?

Diario (…)

Interdiario (…)

Semanal (…)

Mensual (…)

Ninguno (…)

20. ¿utilizaste algún método anticonceptivo antes de embarazarte?

Si (…)

No (…)

VI. ASPECTOS DEL EMBARAZO.

21. ¿cuál fue tu reacción al saber que te encontrabas embarazada?

Sobresaltado (…)

Normal (…)

22. ¿cuántas semanas de embarazo tienes actualmente?

23. ¿Con que frecuencia te realizan los controles de tu embarazo?

Siempre (…)

Casi siempre (…)

A veces (…)

Nunca (…)

Código**ANEXO 02****FICHA DE ANALISIS DOCUMENTAL SOBRE EL CONTROL DEL EMBARAZO.**

TITULO DE LA INVESTIGACION. Estrategia de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas.

Hospital Sergio E Bernales-Lima-2015.

INSTRUCCIONES. Estimado encuestador, sírvase registrar los datos que se presentan a continuación sobre las medidas antropométricas y control del embarazo de las gestantes en estudio, para lo cual remítase a la historia clínica del paciente y llene los espacios en blanco.

GRACIAS POR SU COLABORACION.

I. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS.

Peso
Bajo peso
Normal
Sobrepeso
Obesidad
Talla
IMC
Presión arterial
Altura Uterina
Fecha de última menstruación (FUM)
Fecha probable de parto (FPP)

II. ANTECEDENTES DE PATOLOGIAS.

Diabetes mellitus
VIH
Sífilis
Infección Urinaria
Sobrepeso y obesidad
Hipertensión arterial
Bebedor problema
Tabaquismo
Ninguno

III. ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

Abortos
Partos
Cesáreas
Embarazos
Glicemia
Test de Elisa
VDRL o RPR
Uro cultivo
Vacuna contra el tétanos
Grupo Rh Diagnostico fetal

Código**ANEXO N 03**

ESCALA DE EVALUACION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA EN LA VIDA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA (ACS1ra PARTE)

TÍTULO DE LA INVESTIGACION. Estrategia de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Hospital Sergio E. Bernales-Lima-2015.

Instrucciones. Sra. La saludo cordialmente y le solicito se sirva responder las preguntas marcando con un aspa (x) sobre la alternativa que corresponde a las estrategias de afrontamiento en relación a su embarazo.

La presente escala es anónima y los datos serán conservados con la total confidencialidad del caso, garantizándose su privacidad.

Gracias por su colaboración.

I. SITUACION PROBLEMÁTICA EN LA VIDA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

		SI	NO
	Problemas personales		
1.	¿Sufres alguna enfermedad física o mental?		
2.	¿Te ha generado problemas el cambio de tu cuerpo debido a tu embarazo?		
3.	¿Consumes alguna sustancia psicoactiva como cigarro, cocaína u otro similar?		
4.	¿Consumes alcohol?		
5.	¿Te has deprimido por tu condición de embarazo?		
6.	¿Has sentido deseos de quitarte la vida por tu embarazo?		
7.	¿Has terminado la relación con tu pareja?		
8.	¿Dudas de la existencia de dios?		
9.	¿Tienes sentimientos de culpa, por haber engañado a los demás en relación a tu embarazo?		
10.	¿Te preocupa que tu pareja consuma alcohol o drogas?		
11.	¿Se ha perturbado la relación con tus amigos/as a raíz de tu embarazo?		
	Perdidas Con Significación Afectiva		
12.	Durante los últimos 6 meses ¿ha fallecido algún ser querido?		
13.	Durante los últimos 6 meses ¿Te has cambiado de residencia?		
14.	Actualmente ¿te encuentras desocupada?		
15.	¿tienes inconvenientes en la relación con tus amigos/as?		
	PROBLEMAS FAMILIARES		
16.	Se han separado o divorciado tus padres?		
17.	¿Discutes con tus padres, hermanos, tíos u otro familiar?		
18.	La situación económica que actualmente enfrentas ¿es mala?		
19.	¿Sufres carencias para la satisfacción de tus necesidades básicas?		
20.	¿Actualmente algún miembro de tu familia está enfermo?		
	Problemas legales violencia social		
21.	¿Has sufrido algún accidente?		
22.	¿Enfrentas algún problema que requiere intervención policial?		
23.	¿Tus padres te han abandonado?		
24.	Durante los últimos 6 meses ¿has sufrido algún asalto robo o golpes?		
	Problemas sexuales		
25.	¿Fuiste víctima de violación?		

26.	¿Alguna vez sufriste algún aborto?		
27.	Tu actual embarazo ¿fue indeseado?		
28.	En tus relaciones sexuales ¿tienes dificultades para lograr satisfacción?		
29.	En tu relación sexual ¿prefieres por personas de tu mismo sexo?		
30.	¿Tienes miedo a contraer alguna enfermedad de transmisión sexual/SIDA?		
	Problemas educativos		
31.	¿Tienes dificultades para aprender las lecciones?		
32.	Generalmente ¿te desapruebas en tus exámenes?		
33.	¿Estas confundida para elegir la carrera de tu futuro?		
34.	¿Te han expulsado del colegio por estar embarazada?		
35.	¿Tienes miedo al fracaso de tus estudios?		
36.	¿Sientes miedo al fracaso de tus estudios?		
37.	¿Te sientes discriminada por tus amigos y/o familiares a raíz de tu bajo rendimiento académico?		
	Problemas paternos/maternos		
38.	¿Tu padre o tu madre consumen drogas o alcohol?		
39.	¿Te han golpeado tus padres?		
40.	¿Tu madre es víctima de maltratos o golpes por tu padre?		
41.	¿Tu padre o tu madre han experimentado algún nuevo matrimonio?		
42.	¿Tienes algún hermano/a producto de la nueva pareja paterna o materna?		
43.	¿Tu padre, madre o ambos han experimentado alguna enfermedad grave?		
44.	¿Tienes problema con la identidad sexual paterna o materna?		
	Problemas sociales		
45.	¿Te afecta la situación del país en tu vida personal?		
46.	¿Te preocupan los problemas relacionados con las guerras y atentados terroristas?		
47.	¿Te afectan la situación de pobreza e injusticia del país?		

CODIGO

ANEXO N 04
ESCALA DEL AFRONTAMIENTO (ACS) 2da PARTE APLICADO A
ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

TITULO DE LA INVESTIGACION. Estrategia de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Hospital Sergio E. Bernaleso-Lima-2015..

INSTRUCCIONES. Sra., Srta. La saludo cordialmente y le solicito se sirva responder las preguntas marcando con un aspa (x) sobre la alternativa que corresponde a la

estrategia de afrontamiento que realizas durante tu embarazo.

La presente escala es anónima y los datos serán conservados con la total confidencialidad del caso, garantizándole su privacidad.

Gracias por su colaboración.

Para marcar sírvase tener en cuenta la siguiente puntuación:

1. No lo hago o no lo aplico
2. Lo hago muy poco
3. Lo hago a veces
4. Lo hago con frecuencia
5. Lo hago siempre

N°	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ¿En qué medida usted aplica las siguientes estrategias frente a su experiencia de embarazo?	ALTERNATIVAS				
		no lo hago o no lo aplico	Lo hago muy poco	Lo hago a veces	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
I. DIRIGIDO A LA RESOLUCION DE PROBLEMAS						
Búsqueda de diversiones relajantes						
1.	Escucho música o veo televisión					
2.	Leo temas que me resultan interesante					
	Dibujo, pinto, toco un instrumento musical, etc.					
Distracción física						
3.	Salgo de paseo a lugares atractivos como el campo abierto, Lugares con áreas verdes, plaza, etc.					
4.	Camino, juego, etc.					
5.	Practico deportes.					
6.	Realizo ejercicios.					
Esforzarse y tener éxito						
7.	Me esfuerzo por cumplí con todos mis propósitos					
8.	Logro las cosas que son difíciles para mí.					
9.	Cumplo con mis actividades diarias con regularidad					
Concentración en la resolución de los problemas						
10.	Pienso antes de actuar y justifico la razón de cada acto					
11.	Busco lo mejor en cada uno de mis actos					
12.	Centro toda mi capacidad en la resolución de mis problemas					
13.	Trato de resolver las causas de mis problemas					
14.	Recuerdo a los que están en peores problemas y por lo tanto mi problema no parece tan malo.					
Fijarse en lo positivo						
15.	Enfrento mi embarazo y me planteo formas de salir					

	adelante					
16.	Concentro todas mis esperanzas y expectativas en mi bebe					
17.	Considero que mi embarazo es una fortaleza para mi desarrollo					
18.	Espero superar mi embarazo y que todo me vaya bien					
19.	Siento seguridad por la atención profesional durante mi embarazo					
II. AFRONTAMIENTO EN LA RELACION CON LOS DEMAS		no lo hago o no lo aplico	Lo hago muy poco	Lo hago a veces	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
Buscar apoyo espiritual						
20.	Recurso a mi pastor/sacerdote para obtener ayuda espiritual					
21.	Encomiendo a Dios mis problemas y preocupaciones					
22.	Considero que mi embarazo es un regalo de Dios.					
Buscar ayuda profesional						
23.	Solicito ayuda profesional para la solución de mis problemas					
24.	Obtengo ayuda y asesoramiento profesional					
25.	Tomo decisiones en la resolución de mis problemas con la ayuda y guía de los profesionales					
Invertir en amigos íntimos						
26.	Me reúno con mis amigos/as					
27.	Busco a personas de mi confianza para intercambiar ideas					
28.	Busco a una persona de confianza para compartir mi amistad					
Busco apoyo social						
29.	Busco ayuda de personas y amigos/as que se preocupan por mí.					
30.	Consulto a personas entendidas a acerca de mi problema					
31.	Hablo con diferentes personas que brindan apoyo.					
Buscar pertenencia						
32.	Trato de hacer amigos con personas de mi misma edad					
33.	Inicio una relación estable con las personas que conozco.					
34.	Trato de mostrar una buena impresión a las personas que considero importantes.					
35.	Me comporto ajustándome a las ideas de los demás.					
36.	Hablo sobre mi embarazo con gente experta.					
37.	Trato de mantener adecuadas relaciones interpersonales					
38.	Tengo muy en cuenta los puntos de vista de otras personas en la solución de mi problema					
Acción social						
39.	Procuro adaptarme dentro de mi entorno social					
40.	Participo en actividades para el embarazo de adolescentes					
41.	Integro grupos de acción de ayuda social					
42.	Asisto a reuniones que convoca el equipo de salud					
43.	Me relaciono con otras adolescentes embarazadas					
44.	Busco involucrarme en la solución de los problemas de los demás					
45.	Pido apoyo a otra persona para solucionar mi problema					

III. AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO		no lo hago o no lo aplico	Lo hago muy poco	Lo hago a veces	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
Autoinculparse						
46.	Me miro como una mala hija que defraudo las expectativas de mis padres y amigos.					
47.	Me considero culpable de lo que me pasa, pues cometí el gran error de quedar embarazada.					
48.	Siento que eh fallado a las reglas de la sociedad hacerse ilusiones					
Hacerse ilusiones						
49.	Sueño despierta sobré las cosas que me resultarían bien.					
50.	Me ilusiono al pensar que mi vida cambiaria y podre ser feliz					
51.	Trato de no pensar que seré una madre feliz Ignorar el problema					
Ignorar problema						
52.	Cuando soy consciente de mi embarazo, trato de olvidar e ignorarlo.					
53.	Oculto mi embarazo a los demás					
54.	Rechazo y no acepto el hecho de estar embarazada.					
Falta de afrontamiento						
55.	Me siento una mujer no deseable por la sociedad					
56.	Me doy por vencida y pienso que todo el mundo se derrumbó para mi					
57.	Deseo que nada de esto que me esté ocurriendo sea real, por el contrario quiero que se dé el milagro de no estar embarazada.					
58.	Sufro dolores de cabeza, de estómago, etc. y me deprimó fácilmente.					
59.	Disminuye mi apetito y cambia mis hábitos de sueño.					
60.	Me enfermo					
61.	No encuentro ningún modo de tratar de resolver mi problema.					
62.	Lloro, grito, me sacó los pelos o me rio sin razón.					
Preocuparse						
63.	Evito la asistencia y la ayuda de un profesional					
64.	Reservo mis preocupaciones, mis angustias y la gran desilusión que tengo de la vida					
65.	Evito estar con mi familia, mis amigos, y en ocasiones con mi pareja					
66.	Me preocupo porque empiezo a sentir una nueva vida dentro de mi.					
67.	Me preocupo por los cambios que me suceden por el embarazo					
68.	Me preocupo por el cercano nacimiento de mi bebe y la vida que nos espera vivir juntos					
69.	Me preocupo por mis responsabilidades de madre que implica lucha, trabajo y sacrificio.					
70.	Me preocupo por lo que dicen los demás respecto a mi embarazo reservado para si					
71.	Muestro desinterés por cualquier tema de conversación que se relacione con el embarazo					
72.	No intento en hacer algo porque tengo la seguridad de fracaso					
73.	Muchas adolescentes no lograron salir bien de este problema, y pienso que me ira igual o peor					

74.	Prefiero quedarme en casa cumpliendo mis tareas domésticas en vez de salir con mis amigos.					
75.	Realizo con normalidad mis actividades rutinarias					
Reducción de la tensión						
76.	Voy a fiestas o a la discoteca para disipar mis preocupaciones					
77.	Para sentirme mejor tomo alcohol, fumo cigarrillos o consumo drogas					
78.	Encuentro la manera de desahogarme, produciéndome algún daño o a mi bebe					
79.	Señale cualquier otra forma de enfrentar a sus problemas					

Código

ANEXO N 05
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

TITULO DE LA INVESTIGACION. Estrategia de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Hospital Sergio E. Bernales-Lima-2015

INSTRUCCIONES.SRA., Srta. La saludo cordialmente y le solicito se sirva responder las preguntas marcando con un aspa (x) sobre la alternativa que corresponde a las características de su persona y en relación a algunos aspectos de su embarazo.

El presente cuestionario es anónimo y los datos serán conservados con la total confidencialidad del caso, garantizándole su privacidad.

Para marcar sírvase tener en cuenta la siguiente puntuación:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. De acuerdo.
4. Totalmente de acuerdo.

Gracias por su colaboración

N°	DIMENSIONES DE LA CALIDAD	ALTERNATIVAS			
		totalmente de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	totalmente en desacuerdo
	Muestre usted, su nivel de acuerdo o desacuerdo con respecto a la proposiciones que se señalan a continuación:				
I.	Bienestar emocional				
	Satisfacción				
1.	Me siento satisfecha y feliz con mi embarazo				
	Autoconcepto				
2.	Me encuentro a fusto con mi embarazo				
3.	Me siento una persona valiosa				
	Ausencia de estrés:				
4.	Me encuentro en lugares confortable que me ayudan a relajarme				
II.	Relaciones interpersonales				
	interacciones:				
5.	Soy capaz de relacionarme espontáneamente con las demás				
6.	Dispongo del apoyo e información adecuada relacionada a mi embarazo de personas que son importantes para mi				
	Relaciones				
7.	Desarrollo una vida social normal				
8.	Tengo amigos que me apoyan				
9.	Me siento bien junto a mis padres, hermanos y/o pareja				
III.	Bienestar material				
	Estatus económico:				
10.	Tengo lo necesario para satisfacer mis necesidades básicas				
	Empleo:				
11.	Me siento feliz y cómoda realizando mis tareas domésticas y/o actividades en mi hogar y/o trabajo.				
	Vivienda:				
12.	Tengo una vivienda donde me siento bien y cómoda				
IV.	Desarrollo personal				
	Educación				
13.	Tengo las posibilidades de continuar con mis estudios.				

14.	Tengo posibilidades de acceder a una profesión.				
15.	Quiero aprender cosas interesantes y útiles.				
	Competencia personal				
16.	Considero que eh alcanzado los conocimientos necesarios para manejar mi vida de forma independiente.				
17.	Tengo habilidades personales para enfrentarme y resolver mis problemas.				
	Desempeño				
18.	Tengo metas personales claras con respecto a lo que quiero conseguir en la vida.				
19.	Me esfuerzo y hago todo lo necesario para alcanzar mis metas.				
20.	Obtengo éxito en las diferentes actividades que realizo.				
V. Bienestar físico.					
	Salud				
21.	Conservo un buen estado de salud				
22.	Tengo una buena alimentación				
23.	No presento síntomas de ninguna enfermedad				
	Actividades de la vida diaria				
24.	Me siento bien físicamente				
25.	Realizo mis actividades (alimentación, aseo, vestido, auto cuidado, etc) con total normalidad				
	Atención de salud				
26.	Dispongo de servicios de salud de calidad para la atención de mi embarazo				
27.	Me siento satisfecho con la atención de salud de calidad para la atención de mi embarazo				
	Ocio				
28.	Me tomo para practicar algún deporte, leer una revista, jugar, bailar recrearme de cualquier otra forma.				
VI. Autodeterminación					
	Autonomía/Control personal				
29.	Tengo la libertad de decidir y actuar por mí misma, de acuerdo a mis creencias, valores y preferencias.				
	Metas y valores personales				
30.	Me considero una persona con cuantiosas capacidades para alcanzar el éxito profesional				
31.	Evito el consumo de alcohol y drogas.				
	Elecciones				
32.	Procuro llevar una vida saludable y libre de violencia.				
33.	Me preocupo por estar en forma, lucir atractiva y vestirme bien.				
34.	Me gusta la música, el arte o alguna afición artística-cultural.				
35.	Procuro tener buenos amigos y ser apreciada por ellos.				
VII. Inclusión social					
	Integración y participación en la comunidad				
36.	Participo y me integro en las actividades, reuniones y fiestas que organiza la comunidad donde vivo.				
37.	Realizo bien las tareas que me asignan en el grupo y/o comunidad que integro y por ello soy reconocida ante los demás.				
38.	Participo en los grupos de apoyo como: terapias de recreación, integración social y educación maternal.				
	Roles comunitarios				
39.	Me siento útil y soy respetada en mi condición de estar embarazada.				
	Derechos				
40.	Dispongo los mismos derechos con los demás adolescentes.				

ANEXO 06
HOJA DE INFORMACION
ETREGADA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

TITULO DE LA INVESTIGACION. Estrategia de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescente embarazada.

Hospital Sergio E Bernales-Lima-2015.

Objetivo general .Determinar el efecto de la estrategia de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas.

La realización del estudio tendrá lugar del siguiente modo:

-En un primer momento el contacto con cada una de las embarazadas para tener en cuenta los criterios del muestreo y luego la asignación aleatoria a los grupos de estudio.

Asimismo en la primera visita a ambos grupos, se aplicara una entrevista para conocer datos sociodemográficos, también se les aplicara la escala del afrontamiento (ACS) 1ra parte, con el objetivo de conocer cuál es su situación problemática

En un segundo momento se aplicaran todos los instrumentos definidos para el estudio antes de iniciar con las estrategias de afrontamiento.

Si la adolescente embarazada es incluida en el grupo que recibirá el tratamiento, asistirá a seis sesiones (dos por mes) de una hora y media promedio de duración cada una. Se llevaran a cabo en grupos pequeños de diez gestantes en un espacio tranquilo y habilitado que será en el servicio de psicoprofilaxis Obstétrica previo cronograma que indicara fecha y hora de sesión.

El objetivo de estas sesiones será reconocer aquellos estímulos que producen un afrontamiento ineficaz, el estrés, potenciar los mecanismos de defensa frente a ellos y aprender otros nuevos; así como aprender a control las reacciones que tales estímulos provocan en la adolescente.

Culminada las sesiones del grupo experimental se les indicara a ambos grupos que se someterán a 03 evaluaciones: pos sesión inmediata, al mes y a los dos meses respectivamente

Es posible que no se produzca beneficio directo alguno para el gestante por participar en el estudio. Sin embargo puede obtener beneficio de la terapia y experimentar un mejor control de la enfermedad, un mejor pronóstico objetivo y una mayor sensación de salud física y psíquica.

En cualquier caso, los participantes del estudio serán sometidos a un control más frecuente de su embarazo.

Los participantes que no pertenezcan sí grupo designado para seguir las sesiones frente al embarazo recibirán las atenciones prenatales habituales que, por supuesto, están disponibles para todas las gestantes.

La participación en el estudio que proponemos es totalmente voluntaria. Además, las personas participantes tienen el derecho de revocar su consentimiento

y abandonar en cualquier momento si lo estiman conveniente, sin necesidad de explicaciones.

Firma de la investigadora
ANEXO 07

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que llevara a cabo la Lic. Trabajadora Social Irma Jaimes Ríos, en coordinación con el Hospital Sergio Bernales – Lima 2015.

El objetivo del estudio es demostrar el efecto de la estrategia de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Con esta información,

Se podrá saber más claramente, como el equipo de salud puede ayudar y potenciar la adaptación de la adolescente frente al proceso de su embarazo; lo que también potenciara una maternidad saludable hacia la calidad de vida.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Permiso que la información obtenida sea utilizada solo con fines de investigación.

Firma paciente

Firma investigador

Firma testigo

Lima, _____ / _____ 2015

ANEXO 08
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Los datos que se obtendrán a lo largo del estudio así como los extraídos de su historial clínico son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearan para cumplir los objetivos de la investigación. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que las autoridades sanitarias y/o miembros del Comité Ético de Investigación Clínica tengan acceso a su historia clínica comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencialidad, los datos personales fueron requeridos (edad, sexo, datos de salud) para cubrir los objetivos del estudio.

En ninguno de los informes del estudio aparece el nombre y la identidad no fue revelada a persona alguna, salvo para cumplir los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio. El acceso a dicha información quedara restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Firma de la investigadora

ANEXO 09
NOTIFICACION DE INVITACION
A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

Estimada gestante:

Sin duda, el embarazo en las adolescentes representa asumir un gran reto en su vida, para el cual es necesario que cuente con recursos de afrontamiento eficaz para una alta calidad de vida durante su embarazo.

La invitamos a participar en una investigación que se está realizando, con la colaboración del Hospital Sergio E. Bernales Lima -2015.

Su participación como integrante del grupo experimental consiste en recibir sesiones educativas (estrategias de afrontamiento) y contestar los cuestionarios a solicitarse.

Su experiencia nos servirá para ayudar a las futuras adolescentes embarazadas a adaptarse, de la mejor manera posible, al embarazo.

Y en el caso de pertenecer al grupo control simplemente responder con veracidad los cuestionarios a solicitarse.

Le agradezco de antemano su importante colaboración.

Investigadora

PD: Favor presentarse en el Servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Sergio E Bernales Lima – 2015., donde será atendido de inmediato.

.....

ANEXO 10**PLAN DE SESIONES DE ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO APLICADO A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA****PLAN DE LA 1RA SESIÓN**

“INICIANDO A LAS MADRES EN EL CONOCIMIENTO DE LA GESTACION Y EL PARTO”

TEMA: EMBARAZO, PARTO CUIDADO PRE Y POSNATALES**OBJETIVOS:**

- Lograr expresión de sentimientos positivos de la adolescente frente a su embarazo y parto (bienestar emocional)
- Promover en la gestación adolescente habilidades de autocuidado (Autoeficacia)

TIMEPO DE DURACION 60'

MOMENTOS	TIEMPO	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA
1) MOTIVACION	10'	Abordaje de una experiencia de un embarazo y parto feliz.	Escuchar una grabación de un caso con fondo musical.
2) DESARROLLO DEL TEMA	30'	<ul style="list-style-type: none"> - Embarazo - Embarazo Adolescente - Parto - Cuidado Pre y Pos Natal 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyección y exposición de temas en power point - Breves Interrogatorios. - Intercambio de ideas.
3) CIERRE	10'	<ul style="list-style-type: none"> - En una Meza central se extenderá diversas fotografías de embarazos felices, recibiendo control pre natal, preparación para el parto, estimulando al bebe, fotos de lactancia materna, etc. - Cada participante escogerá una con la que se sienta más identificada. - Luego de estas experiencias pedir a que expresen sus sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo - Foto lenguaje - Entrega de material impreso con poesías: “En tus brazos”. “La estrella de los niños”
4) REFORZAMIENTO	10'	<ul style="list-style-type: none"> - Las participantes se colocan en posición cómoda, relajada, y con los ojos cerrados. La instructora indica: “mujer tu cuerpo alberga algo muy preciado – eres la mamá más feliz porque tienes una vida dentro – tienes que cuidarte, si piensas que diste un impulso para seguir adelante, te deseo lo mejor. La vida nos pone a las personas precisas en el momento preciso...” - Se les pedirá que después de esta experiencia escriban una carta al bebé que esperan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación.

Mg. Irma Jaimes Rios

Personal Asistencial del Hospital Sergio E. Bernales.

PLAN DE LA 2DA SESIÓN
“ME SIENTO UNA PERSONA VALIOSA”

TEMA: AUTOESTIMA**OBJETIVOS:**

- Reforzar la autoestima de la adolescente embarazada (Auto concepto)
- Aumentar la fortaleza individual (Valor personal – autodeterminación)

TIEMPO DE DURACION 50'

MOMENTOS	TIEMPO	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA
1) MOTIVACION	10'	Declaración de autoestima.	Proyección de un power
2) DESARROLLO DEL TEMA	20'	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima. - Factores que influyen. - Tipos de autoestima - Autoestima baja 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyección y exposición de temas en power point - Breves Interrogatorios. - Intercambio de ideas.
3) CIERRE	10'	- Se les reparte una hoja impresa con el DECÁLOGO DE LA AUTOESTIMA, acompañada de una rosa artificial perfumada como símbolo de valor.	Lectura de material impreso. Opinión de las participantes.
4) REFORZAMIENTO	10'	<p>“VISUALIZACION FRENTE AL ESPEJO”</p> <p>Cierre los ojos, afloje y deje salir la tensión de tus músculos, respire suave y profundamente.</p> <p>Visualiza en tu mente tu imagen, mírate en el espejo ¿Cómo Luces?, eres muy femenina, atractiva, debes sentirte fuerte, segura, decidida a sentir adelante, con esperanzas positivas para tu bebé, considera que tu embarazo es una fortaleza para ti y siéntete una mama feliz.</p> <p>Respire suave y profundamente, una vez más concéntrate en tu respiración, hágala más lenta, relájate... Abre los ojos.</p>	- Técnica de relajación e imaginación.

Mg. Irma Jaimes Rios
Personal Asistencial del Hospital Sergio E. Bernales.

PLAN DE LA 3RA SESIÓN

“TENGO HABILIDADES PERSONALES QUE ME PERMITEN ACTUAR DE
MANERA COMPETENTE”

TEMA: HABILIDADES SOCIALES PARA LA VIDA.

OBJETIVOS:

- Desarrollar habilidades para enfrentar con éxito las exigencias, demandas y desafíos de la vida.

TIMEPO DE DURACION 60'

MOMENTOS	TIEMPO	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA
1) MOTIVACION	10'	Historia de una conducta asertiva	Comentario y dialogo.
2) DESARROLLO DEL TEMA	30'	<ul style="list-style-type: none"> - Asertividad - Toma de decisiones - Comunicación efectiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyección y exposición de temas en power point - Breves Interrogatorios. - Intercambio de ideas.
3) CIERRE	10'	<ul style="list-style-type: none"> - Se les reparte resumen de asertividad, toma de decisiones y comunicación efectiva. - Se les indica que deben de colocar el tabla resumen en un lugar visible en su habitación 	Lectura y comentario de material impreso
4) REFORZAMIENTO	10'	<ul style="list-style-type: none"> - Las Participantes de colocan en posición cómoda, relajada y con los ojos cerrados. La instructora indica ejemplo de situaciones donde se apliquen las habilidades sociales: - “Decir NO frente a situaciones de riesgo” como: consumo de alcohol, drogas, situaciones de violencia. - Finalmente se les pide que deberán poner en práctica las habilidades sociales aprendidas ya sean en casa, trabajo, etc 	- Técnica de relajación.

Mg. Irma Jaimes Rios

Personal Asistencial del Hospital Sergio E.Bernales.

PLAN DE LA 4TA SESIÓN
“MANEJO MIS IRAS Y MIS CELOS”

TEMA: MANEJO DE EMOCIONES

OBJETIVOS:

- Desarrollar la inteligencia emocional

TIEMPO DE DURACION 60'

MOMENTOS	TIEMPO	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA
1) MOTIVACION	10'	La inteligencia emocional Por Daniel Goleman	Proyección de un power point
2) DESARROLLO DEL TEMA	30'	<ul style="list-style-type: none"> - Los sentimientos - Manejo de emociones - Los sentimientos difíciles: las iras y los celos - Animo y motivación - Manejo de estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taller con proyección de temas en power point. - Ejemplos de sentimientos.
3) CIERRE	10'	<ul style="list-style-type: none"> - “Ejercicio de tensión – relajación para iras . - Cierra sus ojos y piensa en algo que le da mucha, mucha ira... traiga su ira a sus ojos, a su cara, etc. - Tú eres más fuerte que tus iras, tú tienes el control de tus sentimientos, tu puedes expresarlos y relajarte, tu puedes estar tranquila y serena, tu estas en control de tus sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de tensión – Relajación para IRAS Y CELOS
4) REFORZAMIENTO	10'	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo responder ante situaciones difíciles? - 1. SEA CONCIENTE DE SUS EMOCIONES Y DESCRIBALAS EN PRIMERA PERSONA. “Siento que estas molesto” - 2. PIDA INFORMACION. “¿Te pasa algo?” - 3. EXPRESE LO QUE DESEA. “¿Me gustaría saber lo que te pasa?” - 4. DE OPCIONES PARA SOLUCIONAR. “Tengo información que te podría ayudar a solucionar el problema” - 5. PREGUNTE SI ESTA DEACUERDO CON LA OPCION “¿Qué te parece?” 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios

Mg. Irma Jaimes Rios
Personal Asistencial del Hospital Sergio E. Bernal.

PLAN DE LA 5TA SESIÓN

“DESPUES DE LA TORMENTA SIEMPRE LLEGA LA CALMA”

TEMA: RESILIENCIA

OBJETIVOS:

- Que las adolescentes logren una adaptación positiva frente al embarazo a pesar de las dificultades propias de la edad.

TIEMPO DE DURACION 60'

MOMENTOS	TIEMPO	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA
1) MOTIVACION	10'	Abordaje de y una experiencia de la resiliencia en niños después de la pérdida de sus padres: “Las historias de los participantes son más enriquecedoras que solo un mundo de tristeza, Los niños en esta historia reportaron, no solo estar tristes sino también en tener un amplio rango de experiencias emocionales como felices, cooperadores normales de divertidos.	Lectura de un estudio sobre resilecia. Autor epler.
2) DESARROLLO DEL TEMA	30'	<ul style="list-style-type: none"> - La resiliencia - Pilares de la resiliencia - Resiliencia individual. - Características de una persona resilente - Estrategias - Evaluación de una persona resilente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyección y exposición de temas en power point - Breves Interrogatorios. - Intercambio de ideas.
3) CIERRE	10'	- Autoevaluación Y yo... ¿soy resilente?	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo personal - cuestionarios
4) REFORZAMIENTO	10'	- Las Participantes de colocan en posición cómoda, relajada y con los ojos cerrados. La instructora indica una técnica de relajacion donde indique optimismo, superar las dificultades y las frustraciones, ser una persona positiva y que la vida tiene sentido.	- Técnicas de relajación.

Mg. Irma Jaimes Rios
Personal Asistencial del Hospital Sergio E.Bernales.

PLAN DE LA 6TA SESIÓN
“PLANIFICO MI FUTURO”

TEMA: PROYECTO DE VIDA

OBJETIVOS:

- Promover competencias personales
- Promover estrategias para el éxito personal.

TIEMPO DE DURACION 60'

MOMENTOS	TIEMPO	CONTENIDO/PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIA METODOLÓGICA
1) MOTIVACION	05'	Preguntas de reflexión para con graficar un proyecto de vida. ¿Quién fui? ¿Quién soy? ¿Cómo he llegado dónde estoy? ¿Qué espero ser? ¿Qué voy hacer para lograrlo?	Proyección en power point
2) DESARROLLO DEL TEMA	20'	- Proyecto de vida - Consecuencia de la ausencia de un proyecto de vida - Construcción y desconstrucción - Elementos de un proyecto de vida - Como se hace un proyecto de vida	- Proyección y exposición de temas en power point - Breves Interrogatorios. - Intercambio de ideas.
3) CIERRE	20'	- Se les entrega una guía de trabajo personal. “Proyecto de vida y toma de decisiones” Incluye: Habilidades, intereses y valores fortalezas y debilidades Sueños, aspiraciones y metas. Compromiso personal	- Material impreso - Asesorías
4) REFORZAMIENTO	15'	- Exposición de experiencias	- Participación activas de las adolescentes

Mg. Irma Jaimes Ríos
Personal Asistencial del Hospital Sergio E. Bernales.