

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



**“APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LAS HABILIDADES
SOCIALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL
CENTRO DE SALUD PANA O, HUÁNUCO, 2017”**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO Y DE
PROTECCIÓN**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SISTEMA
DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, NIÑA Y
ADOLESCENTE FRENTE A LA VIOLENCIA**

TESISTA: LAURA MATILDE CRISTOBAL VALDEZ

ASESOR: Mg. JULIO TUEROS ESPINOZA

HUÁNUCO - PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mi madre, que ha sido un pilar fundamental en mi formación como profesional.

A mi esposo, por su amor y apoyo, para seguir adelante y cumplir con mis metas.

A mi pequeña Sofía Valentina, fuente de mi motivación e inspiración para superarme cada día más.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, forjadora de profesionales competentes, y a su plana docente por brindarme me una excelente formación profesional.

A mis asesores de Tesis Mg. Julio Tueros Espinoza y Dra. Silna Teresita Vela López, por su entusiasmo y motivación para culminar la tesis, transmitiéndome sus conocimientos profesionales en cada asesoría y su contribución imprescindible en la redacción final del trabajo.

A cada uno de los miembros del jurado, quienes se hicieron presente notablemente en el proceso de revisión del tema de investigación en cada una de sus etapas.

Así agradecer a cada una de las adolescentes que formaron parte de este estudio, por haberme brindado su colaboración de forma voluntaria y desinteresada.

RESUMEN

La presente investigación “Apoyo familiar y su relación con las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017” es de tipo prospectivo, observacional, transversal, analítico, cuantitativo, de diseño descriptivo correlacional, y tuvo por objetivo general determinar el nivel de relación entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco. La muestra estuvo conformada por 76 adolescentes embarazadas captadas en el Centro de Salud de Panao, pertenecientes a la provincia de Pachitea. La técnica utilizada fue la encuesta, como instrumentos el Cuestionario de habilidades sociales y el Cuestionario MOS de apoyo social percibido. **Resultado:** se halló una relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas, se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=35,079$, con 8 grados de libertad y $p=0,000$. En la variable apoyo familiar, el 50% de las adolescentes perciben un nivel medio de apoyo familiar. En la variable habilidades sociales, se evidencia que el mayor porcentaje 43.4% de las adolescentes embarazadas presentan un nivel bajo en habilidades sociales, en la dimensión autoestima un 52,6% presentan un nivel promedio bajo, en la dimensión de asertividad un 38.2% presentan un nivel promedio bajo, en la dimensión comunicación un 43.4% presentan un nivel bajo y en la dimensión toma de decisiones un 43.4% presentan un nivel promedio bajo. **Conclusión:** Se acepta la hipótesis general de investigación. H_i : Existe relación entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

Palabras claves: Apoyo familiar, habilidades sociales, embarazo adolescente.

ABSTRACT

This research "Family support and its relationship with the social skills of pregnant adolescents of the Health Center of Panao, Huánuco, 2017" is of a prospective, observational, transversal, analytical, quantitative, descriptive correlational design, and was aimed at In general, determine the level of relationship between family support and the social skills of pregnant adolescents at the Panao Health Center, Huánuco. The sample consisted of 76 pregnant adolescents captured at the Panao Health Center, belonging to the province of Pachitea. The technique used was the survey, as instruments the Social Skills Questionnaire and the MOS Questionnaire of perceived social support. **Result:** a statistically significant relationship was found between family support and the social skills of pregnant adolescents, a Chi-square value $X^2 = 35,079$ was obtained, with 8 degrees of freedom and $p = 0.000$. In the family support variable, 50% of adolescents receive a medium level of family support. In the social skills variable, it is evident that the highest percentage 43.4% of pregnant adolescents have a low level of social skills, in the self-esteem dimension 52.6% have a low average level, in the assertiveness dimension 38.2% present a low average level, in the communication dimension 43.4% have a low level and in the decision-making dimension 43.4% have a low average level.

Conclusion: The general research hypothesis is accepted. H_1 : There is a relationship between family support and the social skills of pregnant adolescents at the Panao Health Center, Huánuco, 2017.

Keywords: Family support, social skills, pregnant adolescents.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO I.....	1
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.3. IMPORTANCIA O PROPÓSITO	4
1.4. LIMITACIONES	4
1.5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.5.1. PROBLEMA GENERAL	5
1.5.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	5
1.6. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS	6
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.7. FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.....	6
1.7.1. HIPÓTESIS GENERAL	6
1.7.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	7
1.8. VARIABLES.....	7
1.8.1. VARIABLE 1:.....	7
1.8.2. VARIABLE 2:.....	7
1.9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	8
1.10. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES	9
CAPÍTULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. ANTECEDENTES.....	10
2.2. BASES TEÓRICAS	15
2.3. BASES CONCEPTUALES.....	35
CAPÍTULO III.....	38
3. METODOLOGÍA.....	38

3.1. ÁMBITO.....	38
3.2. POBLACIÓN.....	38
3.3. MUESTRA.....	38
3.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO.....	40
3.4.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	41
3.6.1. TÉCNICAS.....	41
3.6.2. INSTRUMENTOS.....	41
3.7. PROCEDIMIENTO.....	45
3.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	46
3.9. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	46
CAPÍTULO IV.....	47
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	47
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	47
4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ..	57
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	61
4.4. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN.....	64
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	76

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar el nivel de relación entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017, fue desarrollado con la finalidad de ser sustentado ante la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán y optar el Grado Académico de Maestro en Sistemas de Protección de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente frente a la Violencia.

Muchas investigaciones han descrito el impacto del embarazo adolescente, detallando las consecuencias de riesgo en la salud de la madre y el bebé, además de consecuencias económicas y sociales por la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades. El papel de la familia es fundamental en el proceso del embarazo, su acompañamiento es el principal soporte de las menores y la protección del desarrollo del bebé por nacer. La familia como grupo potencial del desarrollo síquico y emocional de la adolescente embarazada debe afrontar el proceso de gestación en primer lugar aceptando el mismo y buscando el crecimiento de la adolescente, por lo que la familia debe permitir que la menor se reconozca en su desempeño de su nuevo rol de madre pero que no lo conjugue con sentimientos de inferioridad, ni en otro extremo intente negar los sentimientos que su condición le provoca, propiciando un ambiente interno y externo que posibilite a la menor las herramientas necesarias para adaptarse a la nueva etapa de su vida. (Guridi, Franco, & Guridi, 2011)

En este contexto, la presente investigación está distribuida en cuatro títulos que se

detalla a continuación:

El Capítulo I, corresponde a la descripción del problema de investigación, en el cual se encuentra la fundamentación, justificación, importancia o propósito, limitaciones, formulación del problema de investigación general y específicos, formulación de objetivos general y específicos, formulación de la hipótesis general y específicas, variables, operacionalización de variables y definición de términos conceptuales.

El Capítulo II, corresponde al Marco Teórico, desarrolla los antecedentes nacionales, internacionales y locales relacionados al problema de investigación. Asimismo, se presenta las bases teóricas que respaldan las variables de investigación y finalmente, se presenta las bases conceptuales.

El Capítulo III, concierne a la Metodología, aborda el ámbito, la población y la muestra de estudio, nivel y tipo de estudio, diseño de investigación, técnicas e instrumentos utilizados en la investigación, validación y confiabilidad del instrumento, procedimientos y tabulación.

El Capítulo IV, se abordó los resultados y discusión, contiene el análisis descriptivo, análisis inferencial y contrastación de hipótesis general e hipótesis específicas, discusión de resultados, aporte de la investigación,

Finalmente, se presenta las conclusiones, recomendaciones o sugerencias, referencias bibliográficas y anexos de la investigación.

CAPÍTULO I

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En América Latina, una tercera parte de los embarazos corresponde a menores de 18 años, y casi un 20% de éstos a niñas menores de 15 años. Las niñas que quedan embarazadas antes de los 18 años rara vez pueden ejercer sus derechos a la educación, la salud, la protección y a un nivel de vida adecuado. Pierden su niñez, y deben asumir obligaciones de adultas. (UNICEF América Latina y el Caribe, 2015) El embarazo adolescente también es una realidad en nuestro país, se presenta de manera constante y sin mayores cambios en estos últimos años. Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015, el porcentaje de madres adolescentes o embarazadas por primera vez, al momento de la encuesta, aumentó en 2,2 puntos porcentuales, entre el periodo 1991-92 (11.4%) y 2015 (13.6%). En este documento se detalla que, del total de adolescentes de 15 a 19 años, 14 de cada 100 adolescentes ya estuvo alguna vez embarazada. A nivel nacional, la región Huánuco se encuentra en el octavo lugar con más embarazos adolescentes y con mayor incidencia en las provincias de Huánuco y Leoncio Prado, 19 de cada 100 adolescentes están embarazadas o ya son madres. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016)

Al hablar de la adolescencia, muchos autores han referido que es un período de importantes cambios físicos y psicológicos, que se matizan con la influencia de los factores de riesgo que crean inestabilidad en el adolescente, y que en muchos casos provocan el desencadenamiento de síntomas de inseguridad, ansiedad, depresión, entre otros problemas psicológicos. Sumar a esto la experiencia de un embarazo, marcará un cambio cualitativo principalmente en la vida de las mujeres adolescentes, esto la afectará en todas sus dimensiones (psicológica, social, biológica) con consecuencias en el presente y futuro de la

adolescente y de su descendencia, como son el abandono o retraso en la escuela, la reducción de perspectivas laborales, riesgos en la salud y sobrevivencia de la madre y el niño/a, una mayor vulnerabilidad frente a la pobreza y la exclusión social. (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2016)

La familia constituye la principal red de apoyo para las adolescentes en esta etapa de vida, donde tienen que afrontar la maternidad, tratando de satisfacer sus propias necesidades y las de su bebé. (Chávez Guevara, 2012) Al principio no es nada fácil, es común que la primera reacción de los padres sea negativa, provocando en las madres adolescentes altos niveles de estrés, miedo y ansiedad. Es por ello que los cuidados brindados en el ambiente familiar y el apoyo de la familia son muy importantes en el favorecimiento de la simbiosis madre adolescente – recién nacido. Sin embargo, al revisar trabajos anteriores, los estudios revelan una percepción poco favorable en cuanto al apoyo familiar hacia la adolescente embarazada, trayendo como consecuencia el rechazo al embarazo.

Para afrontar esta etapa crítica, la adolescente requiere aprender y desarrollar habilidades de tipo social para garantizar su bienestar y el cumplimiento de su proyecto de vida. Las habilidades sociales representan la capacidad de relacionarse con los demás de manera gratificante y, mutuamente satisfactoria, de modo que se puedan expresar, defender sus propios derechos, expresar su enfado o disconformidad, decir no, hacer peticiones e interactuar positivamente con el sexo opuesto. Las habilidades, además maximizan la resistencia a la influencia social negativa y mantienen la integridad y el sentido de dominio. Siendo tan necesarias e importantes las habilidades sociales y el apoyo familiar en las adolescentes embarazadas por las consecuencias que traen el déficit de estas, se convierte en una de las inquietudes por estudiar la relación entre ambas variables en las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao 2017. La investigación tiene la pretensión de asociar y relacionar las variables con el fin de analizarlas, proporcionando los aspectos teóricos de hallazgos

y brindar las recomendaciones para prevenir y promocionar a fin de minimizar dicha problemática en la región.

1.2. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, el embarazo adolescente es una problemática muy compleja, el cual representa un mecanismo de exclusión social, reproducción de la pobreza, violencia de género, deserción escolar, entre otros. El embarazo adolescente tiene un alto impacto en el desarrollo integral de las adolescentes, es así que el apoyo social percibido por la adolescente embarazada es importante que sea favorable ya que muchos embarazos son no deseados y si no cuentan con el apoyo familiar se hace más difícil aceptar el embarazo trayendo consigo una maternidad no saludable o en otros casos el aborto. Según estudios la familia ha sido considerada como el primer apoyo emocional e instrumental hacia la adolescente embarazada, por ello se debe de tener en consideración a la familia como fuente primaria de apoyo, de esta manera basar los cuidados hacia la familia e intervenir en la adolescente embarazada positivamente y por consiguiente contribuir al buen desarrollo del embarazo. (Salinas, 2016)

En este sentido, el entorno familiar también aporta un papel trascendental en el desarrollo de habilidades sociales adecuadas de las adolescentes, tales como el manejo de conductas asertivas, comunicación eficaz, autoestima y toma de decisiones adecuadas y oportunas. Poseer estas características serán muy importantes para afrontar la nueva etapa en la que se encuentran, y su carencia significaría un déficit en el desarrollo socioemocional de la adolescente, lo cual tendría efectos negativos tanto en la vida de ella como en la del niño por nacer.

Esta investigación se convirtió en un gran aporte para la salud pública, dado a que los trabajos de investigación para determinar variables psicológicas que influyan o describan a este grupo poblacional son pocas, a pesar de ser una problemática de gran impacto en nuestra sociedad. Con los resultados obtenidos, se podrá contribuir en la elaboración de programas y estrategias de intervención focalizadas en

fortalecer el vínculo familiar y su relación con las habilidades sociales de las adolescentes, lo cual tendrá como propósito el cuidado de la adolescente embarazada y del niño por nacer, y tendrá como efectos a largo plazo una maternidad saludable.

Asimismo, este trabajo de investigación permitió la creación de bases estadísticas en cuanto a las habilidades sociales y al nivel de apoyo social recibido por la familia de las adolescentes embarazadas, además el acceso a esta información es un antecedente para posteriores trabajos de investigación.

1.3. IMPORTANCIA O PROPÓSITO

Los resultados de esta investigación permitieron establecer la existencia de relación significativa entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes gestantes del Centro de Salud Panao, así mismo permitió realizar una evaluación individual de cada variable. Estos conocimientos ayudaron a realizar recomendaciones a las autoridades de instituciones públicas y privadas, para que tomen medidas e implementen estrategias de afronte frente a la problemática del embarazo adolescente, cuyo objetivo sea disminuir la incidencia de este problema que limita significativamente el desarrollo de las y los adolescentes.

Por otra parte, este trabajo servirá como un antecedente para futuras investigaciones en esta población, se convertirá en un material de apoyo que brindará más información sobre la relación que existe entre las variables apoyo familiar y habilidades sociales, también se utilizará para motivar otras investigaciones similares en las que se tengan en cuenta otras variables que no se han considerado en este estudio.

1.4. LIMITACIONES

En cuanto a las limitaciones metodológicas, tuvimos escasos trabajos referentes al embarazo adolescente y a la variable de Apoyo Familiar en nuestro medio, por lo que se tomó referencias de trabajo de investigación de ámbito nacional. El recojo de información a través de

datos auto-informados fue una fuente de potencial sesgo, los cuales no se verificó de forma independiente.

En cuanto a las limitaciones de la investigadora, el tiempo disponible para la ejecución y presentación del trabajo de investigación fueron limitados, con fechas de plazo previstas las cuales se debieron de cumplir.

Finalmente, los resultados del presente trabajo de investigación solo pueden ser válidos para la muestra de estudio, por tanto, los baremos que se obtuvieron solo sirven para la población de adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao.

1.5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.5.1. PROBLEMA GENERAL

¿Qué relación existe entre el Apoyo Familiar y las Habilidades Sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017?

1.5.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar en las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017?
- ¿Cuál es el nivel de Habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017?
- ¿Qué relación existe entre el nivel de Apoyo Familiar y la dimensión de Autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017?
- ¿Qué relación existe entre el nivel de Apoyo Familiar y la dimensión de Asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017?
- ¿Qué relación existe entre el nivel de Apoyo Familiar y la dimensión de Comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017?
- ¿Qué relación existe entre el nivel de Apoyo Familiar y la dimensión de Toma de Decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017?

1.6. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de relación entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de apoyo familiar en las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, 2017.
- Identificar el nivel de Habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.
- Relacionar el nivel de apoyo familiar y la dimensión de Autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.
- Relacionar el nivel de apoyo familiar y la dimensión de Asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.
- Relacionar el nivel de apoyo familiar y la dimensión de Comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.
- Relacionar el nivel de apoyo familiar y la dimensión de Toma de Decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

1.7. FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

1.7.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe relación entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

Ho: No existe relación entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

1.7.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi₁: Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de Autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

Ho₁: No existe relación entre el apoyo familiar y la dimensión de Autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

Hi₂: Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de Asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

Ho₂: No existe relación entre el apoyo familiar y la dimensión de Asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

Hi₃: Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de Comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

Ho₃: No existe relación entre el apoyo familiar y la dimensión de Comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

Hi₄: Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de Toma de decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

Ho₄: No existe relación entre el apoyo familiar y la dimensión de Toma de decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017.

1.8. VARIABLES

1.8.1. VARIABLE 1:

Apoyo familiar.

1.8.2. VARIABLE 2:

Habilidades sociales.

1.9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	RESPUESTA O VALOR FINAL	ESCALA
Habilidades Sociales	Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Autorespeto • Autoaceptación • Autoevaluación • Autoconcepto • Autoconocimiento • Autocuidado 	Muy alto Alto Promedio alto Promedio Promedio bajo Bajo Muy Bajo	Escala Ordinal
	Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto a sí mismo y los demás • Autocontrol • Inteligencia emocional • Sinceridad • Honestidad • Saber decir y escuchar 		Escala Ordinal
	Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa • Estilo de comunicación asertiva • Saber decir 		Escala Ordinal
	Toma de Decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar el problema • Explorar las alternativas • Planificación personal • Presión de grupo • Influencia 		Escala Ordinal
Apoyo Familiar	Emocionales/Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Muestras de amor y afecto • Respeto • Confianza 	Alto Medio Bajo	Escala Ordinal
	Instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de alimentos • Provisión de indumentaria • Apoyo económico • Compañía 		Escala Ordinal
	Informativos	<ul style="list-style-type: none"> • Consejos • Brindar Información • Comunicación y comprensión familiar 		Escala Ordinal

1.10. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

Habilidades sociales: consiste en medir el conjunto de aprendizajes que tienen que ver con actitudes y sentimientos que permiten una interacción socialmente competente a un adolescente, a través del cuestionario de habilidades sociales, el cual permite tipificar las habilidades sociales en las dimensiones de autoestima, asertividad, comunicación y toma de decisiones.

Apoyo familiar: se fundamenta en la cuantificación de la variable a través del cuestionario MOS de apoyo social percibido, el cual mide el conjunto de provisiones afectivas (muestra de amor y afecto, respeto, confianza), instrumentales (provisión de alimentación, indumentaria, apoyo económico y compañía) o informacionales (brindar consejos, ofrecer información sobre todo lo relacionado al embarazo, comunicación y comprensión familiar), percibidas en la familia en situaciones cotidianas durante el embarazo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel internacional:

- **Morales Peña, Ana (2017) Apoyo social en adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca, México.** El objetivo de este estudio fue analizar el apoyo social en la adolescente embarazada de una colonia de la ciudad de Toluca. El enfoque fue cuantitativo, de tipo transversal y descriptivo, la muestra fue de 30 adolescentes de 12 a 19 años, el muestreo fue no probabilístico, por criterio. Los instrumentos utilizados fueron tres: PSS-Fa y PSS-Fr y de apoyo de la pareja. En los resultados se observa que 63.3% tienen vida en pareja, 46.6% viven en unión libre; 46.6% su ocupación es el hogar, 23% continua con sus estudios, 56.7% con dependencia económica de la pareja, 37% es su primer embarazo. En el 56.6% se observa alto apoyo social. El más alto porcentaje lo brinda la pareja 70.3%; seguido de la familia 66.5% y finalmente 52% los amigos. Conclusión. Existe mayor apoyo social por parte de la pareja, en segunda instancia de la familia y finalmente los amigos. (Morales, 2017)
- **Diniz, E. et al. (2011) Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo.** En este estudio se investigó cómo los adolescentes con experiencia de embarazo evaluaron el apoyo que recibieron de su familia, en comparación con un grupo de adolescentes que no había pasado por esta experiencia. Participaron 452 adolescentes de ambos sexos, con edades entre 14 y 19 años y nivel socioeconómico bajo. Los resultados señalan que, proporcionalmente, más mujeres

(64.2%) que hombres (35.8%) relataron haber tenido experiencia de embarazo, $\chi^2(2, n = 2617) = 48.32, p < .001$. Además, se observó que el grupo con experiencia de embarazo, comparado con el grupo sin experiencia, reveló mayor percepción de seguridad en las relaciones familiares, $t(408) = -3.0, p < .01$; de respeto mutuo entre los miembros de la familia, $t(392) = -2.3, p < .05$; y que recibieron apoyo general más fuerte de su familia, $t(397) = -1.3, p < .05$. (Diniz, Garcia, Neiva-Silva, Nieto, & Koller, 2012)

- **Babington, L. et al. (2013) Apoyo social percibido, autoestima y estado de embarazo entre Adolescentes dominicanos.** El propósito de este estudio fue explorar y comparar el apoyo social, la autoestima y el embarazo entre los adolescentes dominicanos en la Republica Dominicana con los que han inmigrado a los EE.UU. El método utilizado fue el diseño descriptivo exploratorio, que incluyeron muestras de estudio tanto de los EE.UU. y Republica Dominicana. Los resultados mostraron que las mujeres jóvenes con mayor apoyo social y mayor autoestima experimentaron en menor porcentaje las tasas de embarazo tanto en la Republica Dominicana y en muestras de EE.UU. Ni la autoestima ni el apoyo social fueron predictores del embarazo. (Babington, Malone, & Kelley, 2014)

2.1.2. A nivel nacional:

- **Vallejos Saldarriaga, J. F. (2007) Las habilidades sociales y la sexualidad en adolescentes embarazadas y no embarazadas.** Esta investigación estudia las relaciones entre las habilidades sociales y la sexualidad en las embarazadas adolescentes del Instituto Materno Perinatal (Ex - Maternidad de Lima) y el Instituto Materno Infantil (Hospital San Bartolomé) y una muestra de contraste de adolescentes no embarazadas. Se investigó a una muestra de 386 adolescentes embarazadas y 409 adolescentes no

embarazadas, a las cuales se les aplicó el Inventario de habilidades sociales de Goldstein y una prueba de conocimientos, actitudes y comportamiento sexual, elaborada y validada específicamente por el autor de la investigación. Las adolescentes no embarazadas presentaron habilidades sociales más altas que las adolescentes embarazadas, siendo las habilidades sociales y la sexualidad correlacionadas en forma significativa en las edades de 15 a 19 años de edad y en el nivel de secundaria en las embarazadas. Las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas revelan déficit en el nivel avanzado, que son habilidades relacionadas con los sentimientos alternativos frente a la agresión y habilidades para hacer frente al stress. En el área de la sexualidad, el déficit se da en conocimientos y comportamiento sexual y reproductivo, así como el poco autocontrol, la incapacidad para negociar y las emociones y sentimientos inadecuados jugarían un rol fundamental en el embarazo adolescente. (Vallejos Saldarriaga, 2008)

- **Alva Salinas, A. (2015) Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana.** Este estudio tuvo por objetivo determinar el nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada. La investigación fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, de corte transversal y descriptivo, la muestra con la que se trabajó estuvo conformada por 30 adolescentes embarazadas. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario que tuvo como base al cuestionario de Moss. Resultados: en relación al nivel de apoyo social percibido, se halló que la mayor proporción de adolescentes 13 (43.3%) perciben en su entorno un nivel medio de apoyo social y 8 (26.7%) un nivel bajo de apoyo social, no deja de ser importante que el 9 (30%) de adolescentes perciben un nivel de apoyo alto. La investigación tiene como conclusión que la

mayoría de las adolescentes embarazadas tienen un nivel medio de apoyo social percibido en la familia, el cual comprende el apoyo afectivo, instrumental e informacional.

- **Calderón Asmat, Sharon J. y Fonseca Balarezo, Fátima E. (2014) Funcionamiento familiar y su relación con las habilidades sociales en adolescentes. Institución Educativa Privada - Parroquial José Emilio Lefebvre Francoeur. Trujillo - Moche.** Esta investigación tuvo por objetivo determinar el Funcionamiento Familiar y su relación con las Habilidades sociales en Adolescentes de la Institución Educativa Privada - Parroquial José Emilio Lefebvre Francoeur en Moche 2014. El tipo de estudio fue descriptivo – correlacional, la muestra estuvo constituida por 91 adolescentes cuyas edades están comprendidas entre 12 y 16 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron: Escala De Evaluación De Funcionamiento Familiar (FACES-20esp) y la Lista de Evaluación de Habilidades Sociales. Las conclusiones fueron: El 20.9% de adolescentes su nivel de funcionamiento familiar es bajo y su nivel de habilidades sociales es bajo, el 14.3% de adolescentes su nivel de funcionamiento familiar es medio y su nivel de habilidades sociales es bajo, y el 18.7% de adolescentes su nivel de funcionamiento familiar es alto y su nivel de habilidades sociales es alto. Por lo que se observa un valor Chi cuadrado de 17.402 con ($p=0.002 < 0.05$), siendo altamente significativo, por lo que si hay relación entre variables. (Calderón Asmat & Fonseca Balarezo, 2014)

2.1.3. A nivel regional:

- **Mejía Olaza, Raquel L. y Nano Cajas, Leisly K. (2015) Características demográficas y del ambiente familiar en adolescentes embarazadas de un centro de salud de la Región Huánuco.** Esta investigación tuvo como objetivo general determinar las características demográficas y del

ambiente familiar predominantes que presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de salud de Ambo y de manera específica identificar las características demográficas predominantes de las adolescentes embarazadas e identificar las dimensiones predominantes de relación, desarrollo y estabilidad del ambiente familiar. Las edades de las adolescentes comprendieron de 11 a 19 años. Se utilizaron la escala de ambiente familiar (forma I) de Rudolf H. Moos, adaptada por Ada Durand Correa y el cuestionario demográfico de Fano (2015). El nivel de investigación fue descriptivo de tipo cuantitativo, con un diseño transaccional descriptivo, la muestra fue de tipo no probabilística intencional contando así con 15 sujetos. Según los resultados obtenidos las características demográficas predominantes fueron, según la edad de 15 a 19 años (87%), con grado de instrucción secundaria incompleta (73%), la familia de las adolescentes tiene conocimiento de su actual embarazo (87%), provienen de padres separados (60%). La dimensión predominante de relación es cooperación familiar (53%), en la dimensión de desarrollo predominan la sub escala de independencia (53%) y la sub escala de interese culturales (73 %), y en la dimensión de estabilidad predomina la sub escala de disciplina- reglas (73%). (Mejía Olaza & Nano Cajas, 2015)

- **Toledo Gregorio, Miryam (2015) Características socioculturales y demográficas en adolescentes embarazadas, atendidas en el centro de salud Castillo Grande - Tingo María.** El objetivo de este estudio fue establecer las características socioculturales y demográficas que inciden en las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande, Tingo María. Los métodos de estudio fueron con enfoque cuantitativo, observacional, de corte transversal, nivel descriptivo y la muestra estuvo conformada por 40 adolescentes embarazadas. Para la recolección de

datos aplicó un cuestionario y el análisis estadístico fue mediante la estadística descriptiva con SPSS V22. En los resultados se halló que la edad promedio de las adolescentes embarazadas fue de 16,5 años, el inicio promedio de la menarquia fue de 12,03 años y el inicio de las relaciones sexuales fue de 14,8 años de edad. El tipo de familia predominante fue el nuclear con una mala comunicación y el 85,0% no recibió afecto ni cariño y el 67,5% tenía familiares como madres adolescentes. El 57,5% fue influenciada por su pareja para el inicio de sus RS y el 90,0% indica que su embarazo fue como respuesta el querer agradecer a su pareja. Finalmente concluyó en que el inicio precoz de las RS, la mala comunicación con sus padres, así como la falta de afecto, son características sociales y demográficas predominantes en las adolescentes embarazadas. La falta de dedicación a una actividad libre y la influencia de la pareja para inicio de las RS son factores culturales predominantes. (Toledo Gregorio, 2015)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Las Habilidades Sociales

Las habilidades sociales tienen numerosas definiciones entre ellas cabe destacar las siguientes:

Según Monjas (como se cita en Barranco & Vargas, 2016) “las habilidades sociales son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria” (p. 114).

De igual forma, Vicente Caballo (como se cita en Peñafiel y Serrano, 2010) afirma que:

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente

resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (p. 9).

Según Monjas, I & Gonzáles, B. (1998) referían que:

Las habilidades sociales son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal, son un conjunto de conductas aprendidas. Algunos ejemplos son: decir que no, hacer una petición, responder a un saludo, manejar un problema con una amiga, empatizar o ponerte en el lugar de otra persona, hacer preguntas, expresar tristeza, decir cosas agradables y positivas a los demás. (p. 18)

Asimismo, en el año 2015, el Ministerio de Salud del Perú, desde el punto de vista de la Promoción de la Salud, señaló que:

Las habilidades sociales ayudan a los adolescentes para que adquieran las competencias necesarias para un mejor desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva a los retos de la vida diaria, así también permitan promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez. (p. 12)

Según Raffo y Zapata (como se cita en Alejandro, 2017), consideran que “las habilidades sociales son consideradas como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos. El término habilidad se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos” (p. 29).

Por su parte, Muñoz, Crespí y Angrehs (2011) concluyen que las habilidades hacen referencia a “aquellas conductas específicas y necesarias para desempeñar exitosa y satisfactoriamente una actividad. Aquellos comportamientos o conductas específicas y necesarias para interactuar y relacionarse con el otro de forma efectiva, satisfactoria y exitosa socialmente” (p. 24).

También, De Alba (2015) expresó que las habilidades sociales se caracterizan por ser aprendidas y, por tanto, susceptibles de ser medidas, entrenadas y desarrolladas son comportamientos que se dirigen

a conseguir determinados objetivos o refuerzos del entorno o personales. (p. 41)

Arón y Milicic (1992) señalan que “un buen desarrollo de las habilidades sociales es uno de los indicadores que más significativamente se relaciona con la salud mental de las personas y, por ende, con la calidad de vida” (p. 11).

Para López (2003), las habilidades sociales son las capacidades que nos permiten realizar un mejor manejo y vivencia de las relaciones que componen en entorno, las más importantes son la empatía, la comunicación, la construcción de relaciones interpersonales funcionales, la convivencia y el liderazgo. (p. 26)

Por otra parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2017) refiere que “las habilidades sociales son aquellas destrezas que nos llevan a resolver problemas, a comunicarnos efectivamente y poder expresar nuestros sentimientos, pensamientos y acciones de forma acertada, para poder garantizarnos relaciones estables y duraderas” (p. 4).

Así mismo, el Ministerio de Educación del Perú (2004) define que “las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos que permiten a la persona tener buenas relaciones con los demás. Son comportamientos aprendidos que facilitan la relación con los otros, defender los propios derechos” (p. 3).

Dimensiones de las Habilidades Sociales:

Según el Ministerio de Salud MINSa (2006) en el Documento Técnico RM N° 1077-2006, Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención, dentro de la evaluación del desarrollo psicosocial abarca la evaluación del desarrollo de habilidades sociales, donde considera cuatro dimensiones de evaluación: autoestima, comunicación, asertividad y toma de decisiones. Estas dimensiones son las que desarrollé dentro del estudio para la evaluación a las adolescentes. (Ministerio de Salud, 2006)

- **Autoestima:**

Todas las personas se definen a sí mismas de muchas formas y frente a ello toman una valoración personal, este proceso guarda relación con el concepto de autoestima. Existen varios conceptos de autoestima, sin embargo, todos coinciden en una idea central: es conocerse así mismo, es la función de velar por uno mismo, es auto defenderse, valorarse, autoestimarse y auto observarse, depende esencialmente de la educación en la familia, la escuela y el entorno. (Acosta & Hernández, 2009)

En el 2006, el Ministerio de Salud del Perú, definió a la autoestima como:

La resultante del auto conocimiento, la auto aceptación y del sentimiento de valía personal. Se define como la capacidad de sentir amor y respeto por uno mismo. Ejemplo: Cuando un adolescente sabe cuáles son sus habilidades y potencialidades, puede usar esta información para hacer la elección de su profesión o carrera. (p. 9)

De acuerdo con Peñafiel & Serrano (2010), describen que:

La autoestima tiene que ver con la expresión de actitudes de aprobación (aceptación) con respecto a la capacidad y valor de uno mismo. Es la evaluación que hace el individuo de sí mismo y que tiende a mantenerse en el tiempo. Expresa una actitud de aprobación o rechazo y hasta qué punto el sujeto se considera capaz, significativo, exitoso y valioso. Es la valoración, positiva o negativa, que uno hace de sí mismo. La autoestima tiene que ver con la competencia social, ya que influye sobre la persona en cómo se siente, piensa, aprende, se valora, se relaciona con los demás y en definitiva, cómo se comporta. (p. 13)

Otra definición desde el punto de vista psicológico es la mencionado por Yagosesky, R. (1998), quien define la autoestima como:

El resultado del proceso de valoración profunda, externa y personal que cada quien hace de sí mismo en todo

momento, esté o no consciente de ello. Este resultado es observable, se relaciona con nuestros sentidos de valía, capacidad y merecimiento, y es a la vez causa de todos nuestros comportamientos. (Acosta & Hernández, 2009)

Componentes de la Autoestima

Según Gastón de Mézerville (como se cita en Naranjo Pereira, 2007) existen una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima, en el que presenta un modelo propio al que denominó proceso de la autoestima., considerando a la autoestima según dos dimensiones complementarias, una actitudinal inferida integrada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y una dimensión conductual observable conformada por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización. (p. 90)

Sobre el componente cognitivo García & Recas (2017) refieren que se trata de lo que una persona piensa de sí misma, la opinión que tiene de su propia personalidad, conducta, intelecto, habilidades sociales, imagen física, etc. Asimismo, ésta representación mental que se hace cada persona, no es estática ni estable, ya que varía con el paso del tiempo y conforme vamos adquiriendo madurez psicológica.

El componente conductual se centra en lo que una persona es capaz de hacer, aquí confluyen tanto la decisión de actuar o de llevar a la práctica un comportamiento determinado, poniéndose en manifiesto las competencias y habilidades para actuar en determinadas situaciones. Es decir, una persona se comportará en función de los valores positivos o negativos que posee. (García & Recas, 2017)

El componente afectivo se centra en los sentimientos y emociones que tienen las personas sobre sí mismas e implica el diagnóstico sobre la valía personal y la opinión de los demás. Estos sentimientos condicionan el hecho de que una persona este conforme consigo misma, lo cual trae como resultado la autoestima. (García & Recas, 2017)

Es así que la autoestima se compone de lo que una persona piensa, hace y siente.

- **Comunicación:**

La comunicación es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información. Comunicar significa poner en común algo con alguien e implica compartir, es el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias que han ido modelando las actitudes, conocimientos, sentimientos y conductas ante la vida. (Peñafiel & Serrano, 2010, p. 48)

La comunicación es la base fundamental de una relación saludable entre las personas, por lo que debe ser clara y precisa evitando complejidades innecesarias en los mensajes transmitidos para que no afecte de modo negativo las relaciones personales. Si la comunicación es confusa o agresiva suele originar problema y establecer un ambiente hostil donde se altere las relaciones humanas. (Ministerio de Salud, 2006, p. 13)

Se puede decir que hay comunicación siempre que un individuo envía un mensaje, por cualquier medio, con la intención de suscitar una respuesta (esta respuesta puede ser de un tipo diferente al mensaje, como el silencio). En cualquier caso, no es posible evitar la influencia de otros sobre nosotros y nosotras, y viceversa: el hecho de convivir y compartir sistemas y agrupaciones de diversa índole hace que influyamos sobre los demás. (Ramos, 2013)

El proceso de la comunicación

El proceso de la comunicación está formado por varios elementos que se interrelacionan, entre ellos tenemos el emisor (aquella persona o personas que producen el mensaje y lo envían), receptor (aquella persona que recibe el mensaje y lo interpreta), código (conjunto de signos que utiliza el emisor y el receptor para dar a entender su mensaje y así establecer comunicación), mensaje (aquello que se desea transmitir al destinatario, es decir, al receptor; el mensaje puede ser palabras orales, palabras escritas,

gestos, etc.), canal (es el medio, la vía utilizada para circular el mensaje), situación (son aquellas circunstancias emocionales, psicológicas y sociales que rodean al emisor y al receptor, y que condicionan el mensaje e influyen en la transmisión y recepción del mismo), retroalimentación o feedback (es la condición necesaria para la interactividad del proceso comunicativo, siempre y cuando se reciba una respuesta, es el mensaje de retorno), interferencias, barreras o ruidos (son cualquier elemento que dificulta, debilita o incluso lleva a impedir el proceso de la comunicación, es decir, dificulta la adecuada recepción del mensaje). (Rosales, Caparrós, & Molina, 2013)

Tipos de Comunicación

La comunicación humana interpersonal está conformada por dos tipos de comunicación:

La comunicación verbal, es aquella que se refiere al uso del lenguaje, es decir al uso del sistema de códigos con los cuales se designan objetos del mundo exterior. Además está comprendido por elementos lingüísticos (son los elementos verbales de la comunicación) y paralingüísticos (son las señales que acompañan a nuestras palabras). (Rosales, Caparrós, & Molina, 2013)

La comunicación no verbal, son todos aquellos signos y sistemas de signos no lingüísticos que comunican o se utilizan para comunicar. Aquí encontramos a la comunicación kinésica (se refiere a la información que transmitimos con nuestros movimientos corporales, todos nuestros gestos, nuestros movimientos, nuestra ropa, etc., también forman parte de los mensajes cuando nos comunicamos con los demás) y la comunicación proxémica (se refiere a los significados que surgen de la distancia entre las personas). (Rosales, Caparrós, & Molina, 2013)

- ***Asertividad:***

La asertividad es un tema que va ligado a la autoestima, porque solo una persona que posee una buena autoestima podrá relacionarse socialmente de manera adecuada, sin sentirse

superior o inferior a los demás. En cuanto a las definiciones de la asertividad tenemos que:

La asertividad es la confianza que tenemos en nosotros mismos y en nuestras capacidades para decir lo que se piensa, se siente, sin perjudicar a los demás, que tienen derecho a ser tratados con respeto. (Ministerio de Salud, 2006)

La asertividad es un conjunto de comportamientos interpersonales que se refieren a la capacidad social de expresar lo que se piensa, lo que se siente y lo que se cree de manera adecuada al medio y sin ansiedad. (Peñafiel & Serrano, 2010)

Las personas asertivas tienen los siguientes rasgos o características: conoce y aceptan sus limitaciones, tienen una respuesta adecuada para cada momento y para cada persona, expresan lo que piensan y sus sentimientos como son, respetan las opiniones de las otras personas, saben comunicarse con personas de distintos niveles, son empáticas, tienen actitud en la vida activa y positiva, luchando siempre por lo que quieren. (Gago, 2017)

Según Castanyer (2009), “La asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás”. (p. 23)

Para Ares (2003), “la conducta asertiva es una acción interpersonal en la cual siento y expreso de manera directa, honesta y adecuada (congruente), quedándome satisfecho (ganando autoestima) y siendo instrumental (ayuda a conseguir el objetivo. Conducta operante)”. (p. 6)

Comunicación asertiva

Este estilo de comunicación, es una forma de expresión consciente, abierta a las opiniones ajenas, es congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros derechos sin la intención de herir, o perjudicar, actuando desde un estado interior de autoconfianza. En este estilo de comunicación se acepta que la postura de los demás no tiene que coincidir con la propia, se evitan los conflictos,

sin por ello dejar de expresar lo que se quiere de forma directa. (Lila, García, & Lorenzo, 2011)

El estilo de comunicación asertivo posee tres elementos: comunicación verbal (tiene que ver con la expresión de lo que se piensa o siente, realizar propuestas, preguntar la opinión de los demás, mostrar interés por los demás, aclarar malos entendidos, parafrasear, responder a lo que se pregunta), elementos no verbales (sonreír sincera y agradablemente, mirada cálida, postura erguida, gestos firmes y suaves, movimientos tranquilos y pausados, expresión facial relajada, respeto a la distancia interpersonal íntima) y elementos paraverbales (entonación variada, volumen adecuado y adaptado a la situación, fluidez verbal adecuada, velocidad ajustada y pausada uso adecuado de las pausas y silencios, no hablar ni callar demasiado, no interrumpir a la otra persona cuando habla). (Hofstadt & Gómez, 2013)

- ***Toma de decisiones:***

Al hablar de toma de decisiones se consideran dos tipos de enfoques: el enfoque normativo que se refiere a cómo las personas deberíamos tomar decisiones y el enfoque descriptivo que es cómo realmente las personas tomamos decisiones. Al respecto, muchos autores ponen énfasis en el enfoque descriptivo, es así que se tienen algunas de estas definiciones:

Según Ontoria (2018) señala que “La toma de decisiones se define como el proceso por el cual se pretende decidir el camino que se va a seguir ante una situación, problema o necesidad específica que requiere actuar”. (p. 145)

El Ministerio de Salud (2006) afirma que:

La toma de decisiones es un proceso cognitivo, racional y reflexivo importante, que lleva a una persona hacer una elección ante determinada situación o problema. Nos facilita manejar constructivamente las decisiones respecto a nuestras vidas. De la toma de decisiones depende el bienestar, la salud, el logro de objetivos, metas, realización personal y grupal. Ejemplo: un adolescente que decide

postergar su iniciación sexual a pesar de la presión de sus compañeros. (p. 10)

Por su parte, Weiten (2006) define que “la toma de decisiones consiste en evaluar las opciones y en escoger entre ellas”. (p. 323)

Estrategias para tomar decisiones

Al identificar la toma de decisiones como un proceso racional, los autores Leahey, Harris, & Rubio (1998) hacen referencia al análisis de la utilidad multiatributo (AUM), la cual es una técnica muy utilizada para analizar una decisión, en primer lugar se debe definir las diferentes alternativas, en segundo lugar se identifica los atributos relevantes para tomar una decisión, en tercer lugar se asignan valores de utilidad a cada combinación, en cuarto lugar la decisión que se toma sobre la base de la información pertinente disponible. Por otra parte estos autores nos refieren que en la psicología de la toma de decisiones, las personas no eligen de manera en que las leyes de las matemáticas predican, sino que suelen usar heurísticos o estrategias prácticas para tomar decisiones. Uno de los heurísticos muy utilizados es la accesibilidad, donde se valora la probabilidad o frecuencia de aparición de algún acontecimiento sobre la base de la facilidad con la cual los casos o las asociaciones pueden traerse a la mente. Otro heurístico es el de ajuste – anclaje, donde el individuo tiene una primera impresión y luego revisa hacia arriba o hacia abajo según la nueva información. Y por último el heurístico de percepción retrospectiva, donde las personas se ven directamente influenciadas de cómo surgió un acontecimiento determinado.

Otras estrategias a la hora de tomar decisiones son expuestas por Weiten (2006), entre ellas menciona la estrategia aditiva, la cual consiste en enumerar los atributos que influyen en la decisión para luego estimar la conveniencia. Otra estrategia es la eliminación por aspectos, donde se eliminan gradualmente las decisiones menos atractivas, a partir de la insatisfacción del criterio mínimo de un atributo.

2.2.2. Apoyo familiar

El apoyo familiar se encuentra dentro del apoyo social que recibe un determinado individuo, el apoyo social debe ser visto como un proceso complejo que implica una interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales. (Heller & Swindler, 1983)

El apoyo familiar continúa siendo la forma de estrategia de sobrevivencia más utilizada por la mayoría de las personas mayores en el mundo, ya sea en el contexto de familias extendidas o en la co-residencia de padres con hijos adultos. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2003)

Al definir apoyo social, Gottlieb (citado en Jaureguizar & Espina, 2005) describe de manera muy simple, que es el conjunto de recursos, con consecuencias positivas, de los que una persona puede disponer a partir de sus relaciones sociales.

Para autores como Wasserman y Danforth (citado en Gracia, 1997), el apoyo social constituye un fenómeno “familiar” y un “lugar común” de la interacción humana que ocurre con frecuencia de forma espontánea entre las personas.

Así mismo, el apoyo social es un concepto complejo, que incluye tres niveles de análisis (comunitario, redes sociales e íntimo), que cumple una serie de funciones (emocional, material, informacional), etc. (Barrón & Chacón, 1990)

Lin et al (citado en Barrón, A. y Chacón F.; 1990) define al apoyo social como el conjunto de provisiones, expresivas o instrumentales, percibidas o reales, proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y amigos íntimos.

Para Caplan (citado en Alva, 2015) un sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos e intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona (efectos protectores): al promover el dominio emocional, al proporcionar orientación y consejo, al proveer de ayuda y recursos materiales, al proporcionar feed-back acerca de la propia identidad y desempeño.

La importancia del apoyo social lo explica Cassel (Citado en Gracia, 1997) señalando que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos estresantes de la vida, el apoyo social es proporcionado por los grupos primarios más importantes para el individuo, incluyéndolo en la categoría de procesos psicosociales que denominó “protectores de salud”.

- **Aspectos del apoyo**

En el apoyo social hay que tener en cuenta dos tipos de aspectos: objetivos y subjetivos. El aspecto subjetivo se refiere al apoyo social en relación a los procesos cognitivos, en especial al proceso de percepción, la forma en la que una persona considera que es querida, valorada, que tiene personas a las que recurrir en caso de necesidad y que le proporcionarían la ayuda necesaria. (Varela, 2009)

Para Sarason, Sarason y Pierce (citado en Varela, 2009) el apoyo social percibido es una variable de personalidad de carácter estable y que estaría relacionada con las experiencias de apego de la infancia, entonces las personas que establecieron un apego seguro serán más altas en apoyo social percibido y creerán que las personas de su red estarán disponibles cuando lo necesiten.

El aspecto objetivo, es el apoyo social real o recibido y, por tanto, no es un proceso de carácter cognitivo. Este aspecto se evalúa de forma retrospectiva, es decir, se pregunta a los sujetos qué apoyo concreto recibió en un momento determinado. Los investigadores apuntan a que, debido al aspecto cognitivo del apoyo percibido, la sola percepción de que uno es estimado y amado promueve la salud. (Varela, 2009)

- **Tipos de apoyo social**

Según Gottlieb (citado en Londoño et al., 2012) al referirnos al apoyo social como constructo, se le conceptualiza desde dos dimensiones: la estructural y la funcional. La primera hace referencia al tamaño de las redes y vínculos sociales. El apoyo

funcional, por su parte, se refiere al tipo de apoyo recibido y se compone multifactorialmente por tres tipos de recursos:

a) Emocionales:

Esta dimensión tiene que ver básicamente con la expresión de emociones, hablar de las frustraciones o preocupaciones con un amigo constituye un medio para sentirse mejor y también un fin en sí mismo. (Montenegro, Herrero, Musitu, & Cantera, 2014)

El apoyo emocional o expresivo hace referencia a las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas, como un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales, sentirse valorado y aceptado por los demás, o resolver frustraciones. (Gracia, 1997)

El apoyo social se expresa a través de empatía, amor y confianza. La familia es la instancia donde la adolescente embarazada siente mayor apoyo afectivo, siendo la pareja en segundo lugar en brindar apoyo emocional, ya que muchos de los embarazos son no planificados, resultado de una atracción mutua conllevando a los embarazos no deseados. (Londoño, y otros, 2012)

Por otra parte, Cohen y Wills (1985) refieren que según la Teoría de la Atribución, el apoyo emocional disminuye la percepción de gravedad y la amenaza de los eventos negativos, proporciona protección ante un amplio rango de eventos estresantes, mientras que otros tipos de apoyo parecen responder más específicamente a necesidades concretas suscitadas por el evento estresante. (citado en Varela, 2009)

b) Instrumentales:

Para Lin (citado por Gracia, 1997), se refiere a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos o metas, tales como conseguir trabajo, obtener un préstamo, ayuda en el cuidado del hogar o de los hijos, etc.

Esta dimensión hace referencia al hecho de que la provisión es un medio para conseguir un fin, esta función instrumental incluiría tanto el consejo como la ayuda material. En este caso, el objetivo

de nuestra conducta no es tanto la conducta en sí, sino lo que pretendemos conseguir con ella (la conducta es, por tanto, un medio). (Montenegro, Herrero, Musitu, & Cantera, 2014)

Otro concepto explica que el apoyo instrumental en el aporte a la solución de problemas. (Londoño, y otros, 2012)

c) Informativos:

El apoyo informativo o informacional permite a la persona proveerse de información acerca de la naturaleza de un determinado problema, los recursos relevantes para su afrontamiento y las posibles vías de acción. Este tipo de apoyo, a menudo, se relaciona estrechamente con el apoyo emocional, puesto que el hecho de recibir un consejo puede también ser interpretado por el receptor como una expresión de cariño o de preocupación. (Lila M. , 2011)

El apoyo informacional incluye la búsqueda de información, consejos, orientaciones o pautas, que recibe una persona. A través de este tipo de apoyo, se obtiene información útil para afrontar un problema. (Londoño, y otros, 2012)

Además este tipo de apoyo “se refiere a cuando las personas reciben información, consejos o guías importantes que les ayuden a comprender una realidad a cuando las personas reciben información, consejos o guías importantes que les ayuden a comprender una realidad”. (Varela, 2009)

2.2.3. La adolescencia.

La adolescencia se refiere al periodo del desarrollo entre la pubertad, edad en a que una persona es capaz de reproducirse sexualmente, y la edad adulta. (Wade & Tavris, 2003)

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza principalmente por sus cambios y crecimiento acelerado. Esta fase de crecimiento y desarrollo

viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) la define como personas que tiene entre 10 y 19 años, reconociéndose en su interior dos grupos con diferentes necesidades y procesos, la adolescencia temprana comprendida entre los 10 y 14 años y la adolescencia propiamente dicha entre los 15 y 19 años. En esta etapa de vida se presentan cambios importantes en el aspecto físico, en la personalidad, se fijan prácticas y valores que determinarán la forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro. (Ministerio de Salud de Perú, 2017)

La adolescencia puede contemplarse desde distintas perspectivas evolutivas. Puede considerarse influida por diversos factores genéticos, temperamentales y ambientales. Los adolescentes pueden preocuparse por su imagen corporal y su atractivo físico, sobretodo en relación con sus compañeros, con los medios de comunicación o con ideales. Pueden madurar antes o después y esa circunstancia puede hacer que experimenten problemas específicos, como temores y dudas acerca de cuál es el desarrollo normal a esa edad. Además puede adoptar una conducta peligrosa y pasar de repente a la edad adulta. (Nicolson & Ayers, 2001)

Analizando la adolescencia desde el contexto familiar, como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido, resultando en conflictos intensos y, aunados a la pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo, pueden generarse conflictos crónicos favoreciendo la presencia de síntomas y conductas de riesgo que generan dificultades en el desarrollo del adolescente. Las relaciones familiares pueden apoyar, nutrir, fijar límites y promover un enfoque más o menos equitativo de género. (Jiménez Garcés , 2010)

❖ Etapas de la adolescencia:

La adolescencia está dividida en dos etapas: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011)

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas – que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia

temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011)

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la

adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011)

❖ **El adolescente y su familia.**

La familia desempeña un papel central en aspectos tan esenciales como el bienestar emocional y psicológico de los hijos adolescentes. La calidad de las relaciones familiares es crucial para determinar la competencia y confianza con la que el adolescente afronta el periodo de transición de la infancia a la edad adulta. (Estévez, Jiménez, & Musitu, 2011)

Es así como la familia tiene por objeto ofrecer a los menores los recursos necesarios físicos y emocionales para llegar al desarrollo pleno de sus potencialidades hasta lograr su individuación. (Monroy, 2002)

La familia adquiere una especial importancia para los jóvenes, dado que es considerada el ámbito más íntimo donde la adolescente crece y adquiere su primera experiencia de socialización donde aprende valores, afecto, límites, creencias y hábitos, lo cual significa que gran parte de comportamiento del adolescente sigue siendo marcado por la familia. (Martínez, 2017)

En este marco, la familia se convierte en el primer apoyo de la adolescente embarazada, es así que la mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes. Casi siempre detrás de un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo. (Urreta, 2008)

El embarazo adolescente incomoda a las familias, las descoloca, al estar denunciando un acto de descuido tanto individual como familiar y social, que va a afectar a la adolescente, a su futuro hijo/a y a su familia, traerá impedimentos y restricciones en los procesos de crecimiento y de la concreción de expectativas, de proyectos. (Goldstein & Glejzer, 2006)

❖ **Embarazo adolescente.**

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en la mayoría de casos no sucede de esta forma. En el documento “Vivencias y relatos sobre el embarazo adolescente, elaborado en el 2014 por la UNICEF, hace referencia que América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. Además, existen proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020 – 2100. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2014)

En nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística e informática realizó en el año 2015 la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, en el cual menciona que en el 13,6% de las adolescentes de 15 a 19 años estuvieron alguna vez embarazadas. En el área rural (22,5%), porcentaje es 2 veces mayor que en el área urbana (10,8%); siendo los departamentos de la Selva los que presentaron los porcentajes más altos. Aquí es importante indicar que esta cifra no ha disminuido significativamente durante la última década, al contrario se ha mantenido con leves variaciones. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016)

En el Reporte N° 4-2016-SC “Prevención del embarazo en adolescentes. Situación y perspectivas al 2021” de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza MCLCP publicado en diciembre del 2016, indica los temas que alertan en la situación y tendencias del embarazo adolescente son:

a) La maternidad precoz constituye un problema de salud pública y pone en riesgo la vida de las niñas madres y sus hijos/as. Compromete la salud de la madre y de la del niño o niña por nacer, ya que la niña o adolescente embarazada todavía no alcanza suficiente madurez física y emocional. (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2016) Según informe del Estado de la Población Mundial 2013 publicado por UNFPA, “...las madres menores de 16 años tienen cuatro veces más riesgo de morir que una mujer mayor de 20 años...los mayores peligros son el parto prematuro, la preeclampsia y el bajo peso en los recién nacidos” (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2013) Al respecto, la información del Minsa evidencia que la cuarta parte de los partos de madres adolescentes ocurren mediante cesárea (Año 2014: 25.1%). Otro aspecto, relacionado es el bajo peso al nacer. En el 2014, el 6.8% de los nacidos vivos de madres adolescentes tuvieron bajo peso al nacer. (INEI, UNFPA, MIMP, 2016)

b) La maternidad temprana también refleja distintas realidades de nuestro país. En la selva es más alto el porcentaje de embarazo adolescente ya que las niñas son consideradas Opotenciales

esposas y madres a partir de su primera menstruación. Es parte de una práctica cultural, en razón de ello la implementación de medidas y políticas de prevención del embarazo en adolescentes deben adecuarse a esta realidad, pero desde los enfoques de género e interculturalidad. (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2016)

c) La mayoría de las parejas de las madres menores de 15 años de edad eran mayores de edad. Un dato alarmante de la RENIEC es la información sobre la edad del padre del recién nacido inscrito en el año 2015 cuya madre tenía entre 11 y 14 años de edad. En el 71% de los casos son mayores de 18 años, sólo el 29% es menor de 18 años de edad. Y entre los mayores de edad, el mayor porcentaje está entre los padres que tienen entre 20 y 24 años de edad (37%). (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2016)

d) Se constata una alta vulnerabilidad de las niñas menores de 15 años. Muchos de los casos de madres menores de 15 años pueden estar relacionados con actos de violencia sexual. Al respecto, la encuesta ENARES 2015, evidenció que el 34.6% de adolescentes de 12 a 17 años alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia sexual. Asimismo, el 19.9% de adolescentes de 12 a 17 años de edad sufrió violencia sexual en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta. (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2016)

2.3. BASES CONCEPTUALES

Habilidades sociales: están conformadas por un conjunto de aprendizajes que tienen que ver con actitudes y sentimientos que permiten interactuar competentemente a un sujeto; es decir, se puede relacionar con otras personas de manera adecuada. (Ministerio de Educación, 2007)

Autoestima: La autoestima es la resultante del auto conocimiento, la auto aceptación y del sentimiento de valía personal. Se define

como la capacidad de sentir amor y respeto por uno mismo. (Ministerio de Salud, 2006)

Asertividad: es la confianza que tiene una persona en sí misma y en sus capacidades para decir lo que piensa y siente, sin perjudicar a los demás, sabiendo que tiene derecho a ser tratado con respeto. (Ministerio de Salud, 2006)

Toma de decisiones: La toma de decisiones es un proceso cognitivo, racional y reflexivo importante, que lleva a una persona hacer una elección ante determinada situación o problema. (Ministerio de Salud, 2006)

Comunicación: Es un proceso de carácter social que implica transmitir e intercambiar información. Es la base fundamental de una relación saludable entre las personas, por lo que debe ser clara y precisa evitando complejidades innecesarias en los mensajes transmitidos para que no afecte de modo negativo las relaciones personales. Si la comunicación es confusa o agresiva suele originar problema y establecer un ambiente hostil donde se altere las relaciones humanas. (Ministerio de Salud, 2006)

Familia: es la célula social que se establece entre un grupo de individuos que se unen por medio de una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos y tiene por objeto brindar los elementos necesarios para un óptimo desarrollo a los individuos que la forman. (Monroy, 2002)

Apoyo familiar: incluye todas las transacciones de ayuda, es un conjunto de provisiones afectivas, instrumentales e informacionales, percibidas en la familia en situaciones cotidianas durante el embarazo.

Apoyo afectivo: Esta dimensión tiene que ver básicamente con la expresión de emociones, disponer alguien con quien hablar, conductas que fomentan sentimientos de bienestar afectivo, son un medio para que una persona se sienta mejor y también un fin en sí mismo. (Montenegro, Herrero, Musitu, & Cantera, 2014)

Apoyo Instrumental: Esta dimensión hace referencia al hecho de que la provisión es un medio para conseguir un fin, esta función instrumental incluiría tanto el consejo como la ayuda material. en este caso, el objetivo de nuestra conducta no es tanto la conducta en sí, sino lo que pretendemos conseguir con ella (la conducta es, por tanto, un medio). (Montenegro, Herrero, Musitu, & Cantera, 2014)

Apoyo Informacional: hace referencia a la de información, consejos, orientaciones o pautas, que recibe una persona. A través de este tipo de apoyo, se obtiene información útil para afrontar un problema. (Londoño, y otros, 2012)

Embarazo adolescente: Es la persona del sexo femenino que posee entre los 12 a 19 años de edad, y se encuentra en periodo de gestación.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. ÁMBITO

El ámbito de estudio donde se realizó el presente trabajo de investigación fue el distrito de Panao, Provincia de Pachitea, Región Huánuco. En cuanto al clima de la ciudad de Panao, los veranos son cortos, cómodos, secos y mayormente nublados y los inviernos son largos, frescos, mojados y nublados. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 7 °C a 19 °C y rara vez baja a menos de 5 °C o sube a más de 21 °C. (Cedar Lake Ventures, 2019)

3.2. POBLACIÓN

La población objetivo estuvo conformada por adolescentes embarazadas que llevaban sus controles prenatales en el Centro de Salud de Panao, siendo un total de 95 gestantes adolescentes. La población fue de tipo finita y accesible, ya que fue de fácil acceso para el trabajo de investigación; que se pudo estudiar mediante una muestra durante el periodo de 2 meses en el año 2017.

3.3. MUESTRA

Se utilizó el muestreo tipo probabilístico, aleatorio simple.

A. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

a. Tamaño de la Muestra

La muestra estuvo conformada por 76 adolescentes embarazadas que llevaban sus controles prenatales en el Centro de Salud de Panao, pertenecientes a la provincia de Pachitea.

Formulación de la Población Finita:

$$n = \frac{(N) (Z^2)(P)(Q)}{(E^2)(N - 1) + (Z^2)(P)(Q)}$$

Donde:

n	=	Tamaño de la muestra	=	X
N	=	Tamaño poblacional	=	95
P	=	Proporción favorable	=	0.50
Q	=	Proporción desfavorable	=	0.50
E	=	Error máximo permisible	=	5% = 0.05
Z	=	Índice de confiabilidad (95%)	=	1.96

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{(95)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(95 - 1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

$$n = \frac{(95)(3.8416)(0.50)(0.50)}{(0.0025)(94) + (3.8416)(0.50)(0.50)}$$

$$n = \frac{91.238}{0.235 + 0.9604}$$

$$n = \frac{91.238}{1.1954}$$

$$n = 76.3242$$

$$n = 76$$

b. Criterios de Selección de la Muestra

Criterios de Inclusión

- ❖ Mujeres en estado de gestación con edades comprendidas entre los 12 años hasta los 19 años.
- ❖ Participantes que hayan completado con el llenado en su totalidad de los instrumentos de la evaluación.
- ❖ Adolescentes gestantes que asisten al centro de salud de Pano y a los puestos de salud de su jurisdicción.

Criterios de Exclusión

- ❖ Mujeres en estado de gestación con edad mayor a 19 años.

- ❖ Participantes que no hayan completado con el llenado en su totalidad de los instrumentos de la evaluación.
- ❖ Adolescentes gestantes que no asisten al Centro de Salud de Panao y ni a los puestos de salud de su jurisdicción.

3.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

3.4.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de nivel relacional, porque busca vincular dos variables (Habilidades sociales y Apoyo familiar), con la finalidad de establecer una asociación entre ellas. (Fonseca Livias, Martel y Chang, Rojas Bravo, Flores Ayala, & Vela López, 2013)

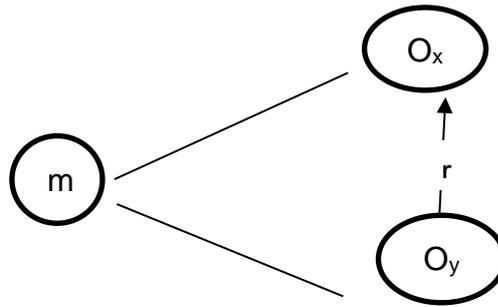
3.4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio corresponde a una investigación de tipo prospectivo, porque la recolección de datos se realiza de una fuente primaria y pertenece al tiempo futuro; es observacional, debido a la no manipulación de las variables; es transversal, las variables se miden una sola vez con la única aplicación del instrumento; es analítico, son dos variables a estudiar con la finalidad de buscar asociación entre ellas; es cuantitativo, se generará datos numéricos acerca de las variables. (Fonseca Livias, Martel y Chang, Rojas Bravo, Flores Ayala, & Vela López, 2013)

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

En cuanto al diseño de investigación es descriptivo correlacional (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010), puesto que el objetivo es determinar el grado de relación que existe entre las variables nivel de apoyo familiar y habilidades sociales.

El esquema es el siguiente:



Donde:

m: muestra (adolescentes embarazadas)

O_x: Observaciones de la variable Apoyo familiar.

O_y: Observaciones de la variable Habilidades sociales.

r: La relación existente entre ambas variables.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

3.6.1. TÉCNICAS

❖ Encuesta:

Permite la recolección de datos de una muestra de estudio, el instrumento consta de un cuestionario de preguntas escritas. (Fonseca Livias, Martel y Chang, Rojas Bravo, Flores Ayala, & Vela López, 2013)

3.6.2. INSTRUMENTOS

A. Cuestionario de habilidades sociales:

Se empleó el Cuestionario de Habilidades Sociales, del Ministerio de Salud, obtenido del Documento Técnico RM N. 1077 – 2006/ MINSa “Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención” del 2007 y de la RM N. 973-2012/ MINSa Norma Técnica para la Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente, Nro. 034- Versión 2” de diciembre del 2012. El cuestionario de habilidades sociales, contiene 42 ítems, cada pregunta tiene cinco alternativas: N: nunca, RV: rara vez, AV: a veces, AM: a menudo, S: siempre.

Ficha técnica del instrumento

- **Nombre:** Cuestionario de Habilidades Sociales.

- **Autores:** Equipo de Salud Mental y de Prevención de Problemas Psicosociales IESM “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”
- **Forma de aplicación:** Individual y grupal
- **Área que evalúa:** Habilidades sociales.
- **Descripción de la prueba:** Contiene 42 ítems.
- **Materiales de aplicación:** Hoja de aplicación y lápiz color negro.
- **Puntaje.** 1 al 5.
- **Duración:** 20 - 30 minutos.
- **Contenido:** El instrumento mide las dimensiones de: Asertividad, consta de 12 ítems (1 al 12)., Comunicación, consta de 9 ítems (13 al 21). Autoestima, consta de 12 ítems (22 al 33) y Toma de decisión, consta de 9 ítems (34 al 42).

El criterio de evaluación es del 1 al 5 por cada pregunta (según criterio establecido por el Test), cuando el adolescente desarrolla el test, se suman los puntajes y se obtiene un promedio por cada área (asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones), y un promedio global, el promedio global se desarrolla en el siguiente cuadro:

CATEGORÍA	SIGNIFICADO
MUY ALTO	Adolescentes competentes en las habilidades sociales.
ALTO	Adolescentes competentes en las habilidades sociales.
PROMEDIO ALTO	Adolescentes con adecuadas habilidades sociales.
PROMEDIO	Adolescentes que requieren consolidar e incrementar sus habilidades sociales.

PROMEDIO BAJO	Adolescentes que tienen habilidades muy básicas y requieren de un mayor incremento y reforzamiento para una mayor competencia.
BAJO	Adolescentes que tienen déficit de habilidades sociales, y se considera como un adolescente en riesgo.
MUY BAJO	Adolescentes que tienen déficit de habilidades sociales, y se considera como un adolescente en riesgo.

La estructura física del instrumento consta de cuatro partes: siendo la primera: la presentación; seguido de las instrucciones, y luego los datos generales, y por ultimo las 42 preguntas sobre las dimensiones de la variable.

Validez y confiabilidad del instrumento

Sobre el “Cuestionario de Habilidades Sociales” es un instrumento cuya validez y confiabilidad fue realizado por el Instituto Especializado De Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Su uso y aplicación es dado a nivel nacional por el Ministerio de Salud, a través de los establecimientos sanitarios.

B. Cuestionario MOS de apoyo social percibido

Este instrumento tiene como base el cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria; la autora de la validación del cuestionario MOS es Adeliz Alva Salinas, cuyo objetivo fue medir el apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada en un Hospital General de Lima Metropolitana 2015. Dicho cuestionario fue modificado a 18 ítems y 5 opciones de escala de frecuencia. El cuestionario modificado consta de una introducción, datos generales, el contenido compuesto de 19 enunciados, una pregunta que es de respuesta libre y 18 ítems, 6 ítems que evalúan el apoyo afectivo, 6 ítems sobre el apoyo instrumental y 6 ítems para medir el apoyo informacional seguido

de unas opciones de respuesta en términos de frecuencia; nunca (0), pocas veces (1), algunas veces (2), la mayoría de veces (3) y siempre (4). Para la medición se calcula en intervalos de medidas, dividiéndose en tres valores: alto, medio y bajo. En este instrumento se calcula el puntaje máximo de 72 puntos y el mínimo de 0 puntos, se divide en tres rangos, considerándose apoyo social *alto* a los puntajes que son mayor igual que 61, *medio* <37-61> y *bajo* al valor menor igual que 37. Para la validez del instrumento, la autora lo realizó a través del juicio de expertos, obteniendo el valor de 0.01, demostrando que el instrumento es válido. Sobre la confiabilidad del instrumento, Alva Salinas aplicó el coeficiente de “Kuder Richardson”, lo cual marcó un puntaje de 1.45 indicando que el instrumento es confiable.

Ficha técnica del instrumento

- **Nombre:** Cuestionario MOS de apoyo social
- **Autores:** autora de la validación del cuestionario MOS es Adeliz Alva Salinas
- **Forma de aplicación:** Individual
- **Área que evalúa:** medir el apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada.
- **Descripción de la prueba:** contiene una pregunta que es de respuesta libre y 18 ítems
- **Materiales de aplicación:** Hoja de aplicación y lápiz color negro.
- **Puntaje:** 0 al 4.
- **Duración:** 10 - 15 minutos.
- **Contenido:** El instrumento contiene 6 ítems que evalúan el apoyo afectivo, 6 ítems sobre el apoyo instrumental y 6 ítems para medir el apoyo informacional.

Validez y confiabilidad del instrumento

Para la validez del instrumento “Cuestionario MOS de apoyo social percibido”, se tuvo que requerir el juicio de 5 expertos, para la validez cualitativa del contenido, cada uno validó el

instrumento, teniendo como indicadores la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de cada ítem. Cada experto recibió adecuada información escrita acerca del propósito del estudio y su contenido. Los expertos dieron a conocer sus distintos puntos de vista, concordando en una evaluación favorable del instrumento. Siendo: Mg. Richard P. Llanto Cercedo, Mg. Carlos Leopoldo Bao Cóndor, Mg. Ruth Jhelem Villacorta Bravo, Mg. Vilma Llanto Cuenca, Mg. Edward Walter Cristobal Loayza.

Para estimar la confiabilidad del instrumento, se empleó el coeficiente alfa de Crombach, en el cual se obtuvo el valor de 0.807, según lo aplicado en la prueba piloto de una población similar, lo que permite asegurar que la prueba en su conjunto guarda coherencia interna.

3.7. PROCEDIMIENTO.

Se solicitó la autorización del Centro de Salud de Panao, para el acceso a la población de estudio, en coordinación con el área de Obstetricia. Se procedió a seleccionar a la muestra de forma aleatoria simple.

Luego se buscó a las adolescentes a través de la asistencia al servicio de psicología y de visitas domiciliarias, donde se solicitó autorización a las madres, padres o tutores de las menores, quienes de modo voluntario y con conocimiento firmaron la ficha de consentimiento informado, autorizando la participación de las adolescentes en la investigación. De igual manera, se solicitó la opinión de las menores, quienes decidieron participar de forma voluntaria en el presente trabajo.

Luego, se procedió a la aplicación del instrumento de investigación a las adolescentes. Por último, se clasificó y tabuló los datos conseguidos, de acuerdo con las bases estadísticas para su efecto, mediante el programa estadístico SPSS versión 23.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS.

Para fines de esta investigación se consideraron los principios éticos básicos en materia de investigación, siendo los siguientes:

El respeto a las personas, ya que los participantes de la investigación fueron tratados como agentes autónomos

Beneficencia, se contó con soporte profesional para controlar las emociones y sensibilidad, así mismo que ninguna de las pruebas que se les aplicó resultó perjudicial para ellos. Se les indicó que tienen el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

No maleficencia, porque no puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y bienestar de los participantes, indicándoles que todos los datos que se ofrezcan son absolutamente anónimos.

Justicia, porque se informó a los participantes de forma clara sobre el propósito de la investigación a través del consentimiento informado, el cual fue de carácter escrito y se solicitó en el momento de abordar al participante en estudio.

Se informó a los estudiantes sobre la confidencialidad de los datos; considerando que los datos obtenidos fueron para uso exclusivo de la investigación. Además, previo a la explicación del instrumento se pidió a los padres la firma del consentimiento informado (Anexo 02).

3.9. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Después de haber obtenido la información, a través de la aplicación de los instrumentos, se procedió a tabular y procesar los datos haciendo uso del Programa SPSS versión 23. Se obtuvieron los resultados según la estadística descriptiva e inferencial, la significancia estadística para la contrastación de las hipótesis se obtuvo a través de la prueba estadística Chi Cuadrada (X^2), con la finalidad de ver la relación existente entre las dos variables categóricas ordinales de la misma población, teniendo en cuenta el p-valor aceptable $< 0,05$. Los resultados se encuentran detallados en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

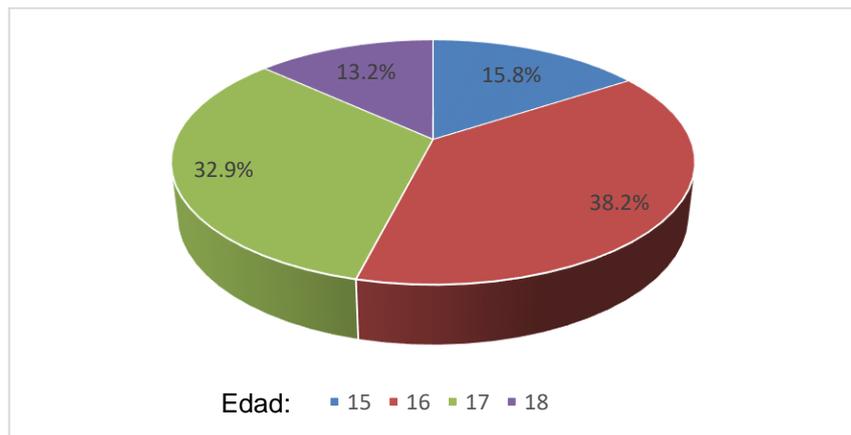
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 01: Edad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Edad	Fi	Porcentaje
15	12	15,8
16	29	38,2
17	25	32,9
18	10	13,2
Total	76	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Gráfico 01: Edad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017



Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

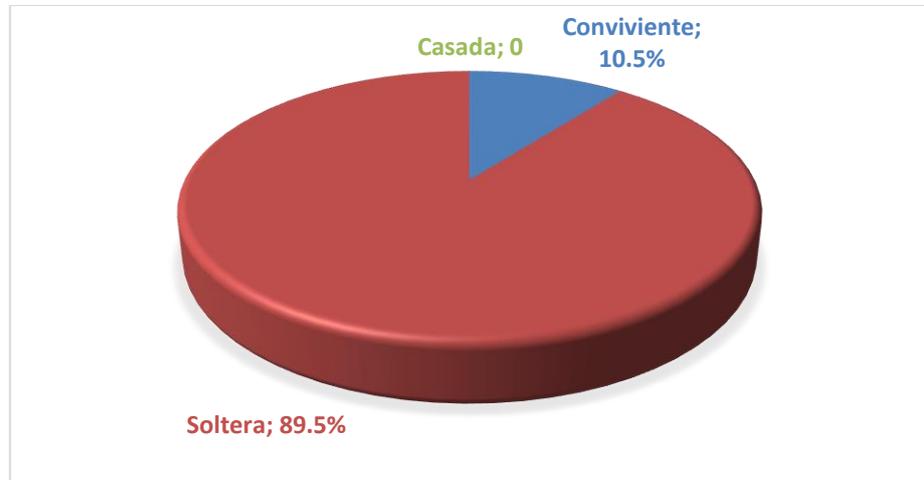
En la tabla 01 y gráfico 01, se muestra la edad de las adolescentes embarazadas, donde del total de evaluadas (76) el 38.2% (29) de las adolescentes tuvieron 16 años, el 32.9% (25) de las adolescentes tuvieron 17 años, el 13.2% (10) tuvieron 18 años, el 15.8% (12) de los adolescentes tuvieron 15 años.

Tabla 02: Estado civil de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Estado Civil	Fi	Porcentaje
Conviviente	8	10,5
Soltera	68	89,5
Casada	0	0
Total	76	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Gráfico 02: Estado civil de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017



Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

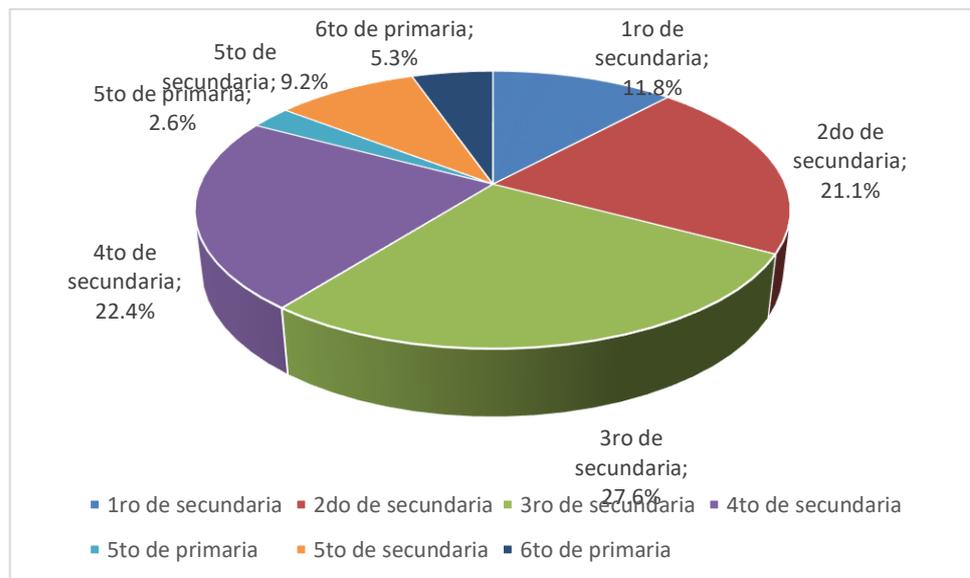
En la tabla 02 y gráfico 02, se muestra el estado civil de las adolescentes embarazadas, donde del total de evaluadas (76) el 89.5% (68) de las adolescentes son solteras, el 10.5% (8) de las adolescentes son convivientes y no encontrándose el estado civil de casadas.

Tabla 03: Grado de instrucción concluido de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2017

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
1ro de secundaria	9	11,8
2do de secundaria	16	21,1
3ro de secundaria	21	27,6
4to de secundaria	17	22,4
5to de primaria	2	2,6
5to de secundaria	7	9,2
6to de primaria	4	5,3
Total	76	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco – 2017.

Gráfico 03: Grado de instrucción concluido de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2017



Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco – 2017.

En la tabla 03 y gráfico 03, se observa el grado de instrucción concluido de las adolescentes embarazadas, donde del total de

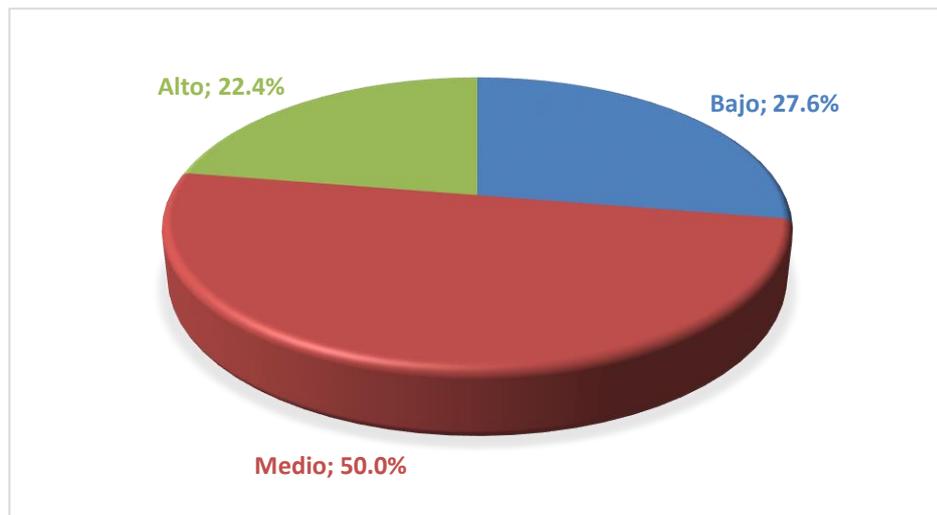
evaluadas (76) el 27.6% (21) de las adolescentes tienen 3ro de secundaria, el 27.6% (21) de las adolescentes poseen 3to de secundaria, el 22.4% (17) de las adolescentes tienen 4to año de secundaria, el 21.1% (16) de las adolescentes poseen 2do de secundaria, el 11.8% (9) de las adolescentes tienen 1ro de secundaria, el 9.2% (7) de las adolescentes poseen 5to de secundaria, , el 5.3% (4) de las adolescentes tienen 6to de primaria y el 2.6% (2) de las adolescentes tienen 5to de primaria.

Tabla 04: Apoyo familiar de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Apoyo Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	21	27,6
Medio	38	50,0
Alto	17	22,4
Total	76	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Gráfico 04: Apoyo familiar de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017



Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

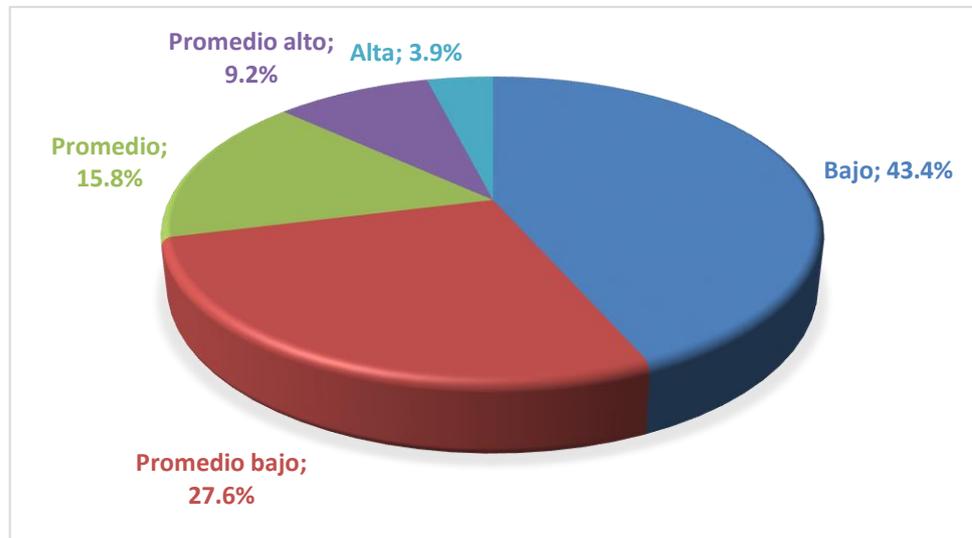
En la tabla 04 y gráfico 04, se muestra el nivel de apoyo familiar de las adolescentes embarazadas, donde del total de evaluadas (76) el 50% (38) de las adolescentes perciben un nivel medio de apoyo familiar, el 27.6% (21) de las adolescentes perciben un nivel bajo de apoyo familiar y el 22.4% (17) de las adolescentes perciben un nivel alto de apoyo familiar.

Tabla 05: Habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Habilidades sociales	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	33	43,4
Promedio bajo	21	27,6
Promedio	12	15,8
Promedio alto	7	9,2
Alta	3	3,9
Total	76	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Gráfico 05: Habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017



Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

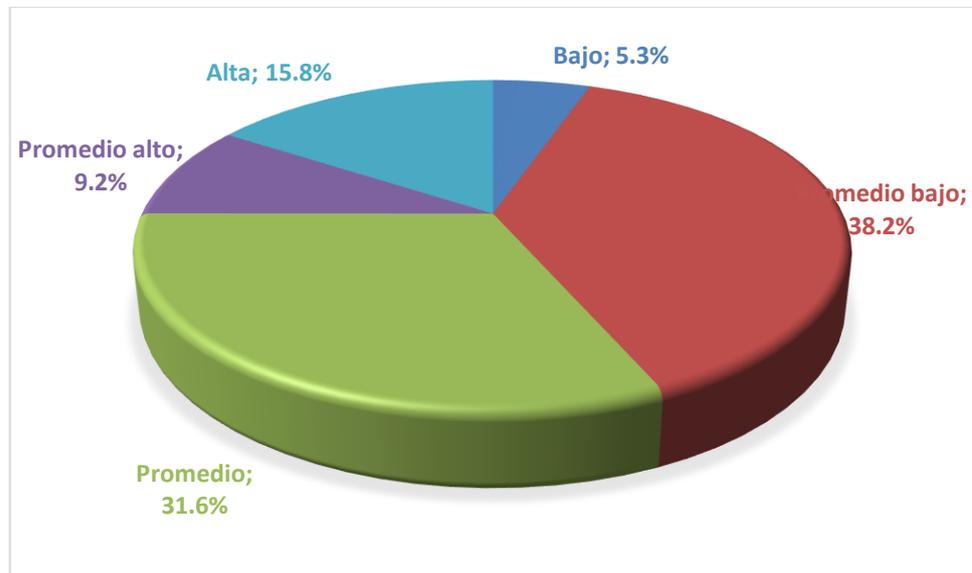
En la tabla 05 y gráfico 05, se muestra a las adolescentes embarazadas según sus habilidades sociales, donde del total de evaluadas (76) se halló que el 43.4% (33) de las adolescentes presentan un nivel bajo y el 27.6% (21) de las adolescentes presentan un nivel promedio bajo, el 15.8% (12) de las adolescentes evidencian un nivel promedio, por otro lado, se observa puntajes menores de 9.2% (7) de las adolescentes que presentan nivel promedio alto y el 3.9% nivel alto.

Tabla 06: Habilidades sociales en la Dimensión Asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Dimensión Asertividad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	5,3
Promedio bajo	29	38,2
Promedio	24	31,6
Promedio alto	7	9,2
Alta	12	15,8
Total	76	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Gráfico 06: Habilidades sociales en la Dimensión Asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017



Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

En la tabla 06 y gráfico 06, se muestra a las adolescentes embarazadas según sus habilidades sociales en la dimensión asertividad, donde del total de evaluadas (76) se halló que el 38.2% (29) de las adolescentes presentan un nivel promedio bajo y el 31.6% (24) de las adolescentes presentan un nivel promedio, el 15.8% (12) de las adolescentes evidencian nivel alto, por otro lado, se observan puntajes menores de 9.2% (7) de las adolescentes que presentan nivel promedio alto y el 5.3% (4) nivel bajo.

Tabla 07: Habilidades sociales en la Dimensión Comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2017

Dimensión Comunicación	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	33	43,4
Promedio bajo	32	42,1
Promedio	7	9,2
Promedio alto	4	5,3
Total	76	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco – 2017.

Gráfico 07: Habilidades sociales en la Dimensión Comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2017



Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco – 2017.

En la tabla 07 y gráfico 07, se muestra a las adolescentes embarazadas según sus habilidades sociales en la dimensión comunicación, donde del total de evaluadas (76) se encontró que el 43.4% (33) de las adolescentes presentan un nivel bajo y el 42.1% (32) de las adolescentes presentan un nivel promedio bajo, por otro lado, se observan puntajes menores de 9.2% (7) de las adolescentes que presentan nivel promedio y el 5.3% (4) nivel promedio alto.

Tabla 08: Habilidades sociales en la Dimensión Autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017

Dimensión Autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	18	23,7
Promedio bajo	40	52,6
Promedio	8	10,5
Promedio alto	10	13,2
Total	76	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco – 2017.

Gráfico 08: Habilidades sociales en la Dimensión Autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017



Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco – 2017.

En la tabla 08 y gráfico 08, se muestra a las adolescentes embarazadas según sus habilidades sociales en la dimensión autoestima, donde del total de evaluadas (76) se evidenció que el 52.4% (40) de las adolescentes presentan un nivel promedio bajo y el 23.7% (18) de las adolescentes presentan un nivel bajo, el 13.2% (10) de las adolescentes presentan nivel promedio alto y el 10.5% (8) nivel promedio.

Tabla 09: Habilidades sociales en la Dimensión Toma de decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Dimensión Toma de decisiones	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	8	10,5
Promedio bajo	33	43,4
Promedio	29	38,2
Promedio alto	6	7,9
Total	76	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Gráfico 09: Habilidades sociales en la Dimensión Toma de decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017



Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

En la tabla 09 y gráfico 09, se muestra a las adolescentes embarazadas según sus habilidades sociales en la dimensión Toma de decisiones, donde del total de evaluadas (76) se evidenció que el 43.4% (33) de las adolescentes presentan un nivel promedio bajo y el 38.2% (29) de las adolescentes presentan un nivel promedio, el 10.5% (8) de las adolescentes presentan un nivel bajo y el 7.9% (6) nivel promedio alto.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 10: Relación entre el nivel de Apoyo familiar y la dimensión de autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Apoyo Familiar		Dimensión Autoestima				Total	X ²	gl	p
		Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto				
Bajo	fi	10	11	0	0	21			
	%	13,2%	14,5%	0,0%	0,0%	27,6%			
Medio	fi	8	21	5	4	38			
	%	10,5%	27,6%	6,6%	5,3%	50,0%			
Alto	fi	0	8	3	6	17	21,941 ^a	6	,001
	%	0,0%	10,5%	3,9%	7,9%	22,4%			
Total	fi	18	40	8	10	76			
	%	23,7%	52,6%	10,5%	13,2%	100,0%			

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Al analizar los datos de la tabla 10, encontramos que se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=21,941$, con 6 grados de libertad y $p=0,001$; como el nivel de significancia es menor que 0,05 ($0,001 \leq 0,05$), indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por lo tanto, existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la dimensión autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Panao, Huánuco – 2017.

Tabla 11: Relación entre el nivel de Apoyo familiar y la dimensión asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco, 2017

Apoyo Familiar		Dimensión Asertividad					Total	X ²	gl	p
		Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alta				
Bajo	fi	4	8	9	0	0	21	32,732 ^a	8	,000
	%	5,3%	10,5%	11,8%	0,0%	0,0%	27,6%			
Medio	fi	0	17	13	4	4	38			
	%	0,0%	22,4%	17,1%	5,3%	5,3%	50,0%			
Alto	fi	0	4	2	3	8	17			
	%	0,0%	5,3%	2,6%	3,9%	10,5%	22,4%			
Total	Fi	4	29	24	7	12	76			
	%	5,3%	38,2%	31,6%	9,2%	15,8%	100,0%			

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Pano, Huánuco – 2017.

Al analizar los datos de la tabla 11, encontramos que se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=32,732$, con 8 grados de libertad y $p=0,000$; como el nivel de significancia es menor que 0,05 ($0,000 \leq 0,05$), indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por lo tanto, existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la dimensión asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Pano, Huánuco – 2017.

Tabla 12: Relación entre el nivel de Apoyo familiar y la dimensión comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Apoyo Familiar	Dimensión Comunicación					Total	X ²	gl	p
	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Promedio				
Bajo	fi	17	4	0	0	21			
	%	22,4%	5,3%	0,0%	0,0%	27,6%			
Medio	fi	16	20	2	0	38			
	%	21,1%	26,3%	2,6%	0,0%	50,0%			
Alto	fi	0	8	5	4	17	41,952 ^a	6	,000
	%	0,0%	10,5%	6,6%	5,3%	22,4%			
Total	fi	33	32	7	4	76			
	%	43,4%	42,1%	9,2%	5,3%	100,0%			

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Al analizar los datos de la tabla 12, encontramos que se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=41,952$, con 6 grados de libertad y $p=0,000$; como el nivel de significancia es menor que 0,05 ($0,000 \leq 0,05$), indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por lo tanto, existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la dimensión comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Panao, Huánuco – 2017.

Tabla 13: Relación entre el nivel de Apoyo familiar y la dimensión toma de decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Apoyo Familiar		Dimensión Toma Decisiones				Total	X ²	gl	p
		Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto				
Bajo	fi	4	8	9	0	21			
	%	5,3%	10,5%	11,8%	0,0%	27,6%			
Medio	fi	4	16	18	0	38			
	%	5,3%	21,1%	23,7%	0,0%	50,0%			
Alto	fi	0	9	2	6	17	28,639 ^a	6	,000
	%	0,0%	11,8%	2,6%	7,9%	22,4%			
Total	fi	8	33	29	6	76			
	%	10,5%	43,4%	38,2%	7,9%	100,0%			

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Al analizar los datos de la tabla 13, encontramos que se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=28,639$, con 6 grados de libertad y $p=0,000$; como el nivel de significancia es menor que 0,05 ($0,000 \leq 0,05$), indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por lo tanto, existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la dimensión toma de decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Panao, Huánuco – 2017.

Tabla 14: Relación entre el nivel de apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

Apoyo Familiar	Habilidades Sociales						Total	X ²	gl	p
	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alta					
Bajo	fi	13	8	0	0	0	21			
	%	17,1%	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%	27,6%			
Medio	fi	20	9	5	4	0	38			
	%	26,3%	11,8%	6,6%	5,3%	0,0%	50,0%			
Alto	fi	0	4	7	3	3	17	35,079 ^a	8	,000
	%	0,0%	5,3%	9,2%	3,9%	3,9%	22,4%			
Total	fi	33	21	12	7	3	76			
	%	43,4%	27,6%	15,8%	9,2%	3,9%	100,0%			

Fuente: Instrumentos aplicado a las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco – 2017.

Al analizar los datos de la tabla 14, encontramos que se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=35,079$, con 8 grados de libertad y $p=0,000$; como el nivel de significancia es menor que 0,05 ($0,000 \leq 0,05$), indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Por lo tanto, existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Panao, Huánuco – 2017.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo central de la investigación fue determinar el nivel de relación entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017, se encontró que mediante la prueba de chi-cuadrada, existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. De este resultado se puede inferir que las adolescentes embarazadas presentan habilidades sociales promedio bajo, las cuales son muy básicas y requieren de un mayor incremento y

reforzamiento para una mayor competencia, esta variable guarda relación con el nivel medio de apoyo familiar, es decir reciben moderadas muestras de amor y afecto, provisiones económicas e información sobre el embarazo.

Cada año un grupo de adolescente cambian drásticamente su proyecto de vida por quedar embarazadas, debiendo enfrentar los riesgos y consecuencias que esta condición lo determina. En este marco, la familia se convierte en el primer apoyo de la adolescente embarazada, para garantizar el bienestar físico y psicológico de la adolescente y del niño/a por nacer. Al analizar la variable apoyo familiar de las adolescentes embarazadas, tuvimos que el 50% de las adolescentes perciben un nivel medio de apoyo familiar, el 27.6% de las adolescentes perciben un nivel bajo de apoyo familiar y el 22.4% de las adolescentes perciben un nivel alto de apoyo familiar. Este resultado guarda relación con los datos obtenidos en un estudio realizado en Brasil, donde se identificó que las adolescentes embarazadas reportaron una menor satisfacción con sus relaciones familiares porque se sentían menos seguras y apoyadas. (Diniz, Garcia, Neiva-Silva, Nieto, & Koller, 2012) Otro estudio realizado en la ciudad de Toluca - México, encontró que el 56.6% de las adolescentes embarazadas observaban un alto apoyo social (refiriéndose para el apoyo social de la pareja, familia, y amigos), y la diferencia que es el 43.4% representan un nivel de apoyo social medio o bajo. Este resultado se puede explicar por sus altas tasas de embarazo adolescente en el Estado de México. (Morales, 2017) Por otra parte, un estudio realizado en la ciudad de Lima, halló resultados similares a los de la presente investigación, donde se observó que la mayor proporción de adolescentes embarazadas 43.3% perciben en su entorno un nivel medio de apoyo social y 26.7% un nivel bajo de apoyo social, no deja de ser importante que el 30% de adolescentes perciben un nivel de apoyo alto, concluyendo que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen un nivel medio de apoyo social percibido en la familia, el cual comprende el apoyo afectivo, instrumental e informacional. (Alva, 2015)

El apoyo familiar se encuentra dentro del concepto de apoyo social, y su importancia lo explica Cassel (Citado en Gracia, 1997), señalando que

este apoyo protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos estresantes de la vida, el apoyo social es proporcionado por los grupos primarios más importantes para el individuo, incluyéndolo en la categoría de procesos psicosociales que denominó “protectores de salud”.

Cuando se analiza la variable de habilidades sociales, encontramos que el 43.4% de las adolescentes presentan un nivel bajo y el 27.6% de las adolescentes presentan un nivel promedio bajo, el 15.8% de las adolescentes evidencian un nivel promedio, además, se observa puntajes menores de 9.2% de las adolescentes que presentan nivel promedio alto y el 3.9% nivel alto. Se encuentran resultados similares en una investigación realizada en Lima, donde se halló que las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas revelan déficit en el nivel avanzado, que son habilidades relacionadas con los sentimientos alternativos frente a la agresión y habilidades para hacer frente al stress. (Vallejos Saldarriaga, 2008) Asimismo, al comparar los resultados obtenido con otras investigaciones con muestras opuestas, es decir en adolescentes sin situación de embarazo, se encontró que el 41.8% de adolescentes presenta nivel de habilidades sociales bajo y el 28.6% un nivel alto. Esta similitud se puede relacionar al tipo de población, al tener características que se encontraron asociadas al bajo funcionamiento familiar, esto corresponde a una interacción negativa entre sus miembros, inconsistente provisión de límites, distanciamiento y abandono afectivo, atención dirigida a los hijos solo ante comportamientos inadecuados, crisis marital y patrones disfuncionales de comunicación. (Calderón Asmat & Fonseca Balarezo, 2014) También, en un estudio realizado en la región Huánuco en adolescentes embarazadas, se encontró que su conclusión final está asociada a las características y consecuencias del déficit de habilidades sociales, refiriendo que son características sociales y demográficas predominantes en las adolescentes embarazadas el inicio precoz de las relaciones sexuales, la mala comunicación con sus padres, así como la falta de afecto, asimismo son factores culturales predominantes la falta de dedicación a una actividad libre y la influencia

de la pareja para inicio de las relaciones sexuales. (Toledo Gregorio, 2015)

Por otra parte, al analizar las características demográficas predominantes de las adolescentes embarazadas, hallamos que el grado de instrucción de las adolescentes embarazadas representa que el 82.9% poseen estudios secundarios incompletos, este resultado es similar al encontrado en otro estudio realizado dentro de la región Huánuco, donde se halló que el 73% tenía grado de instrucción secundaria incompleta. (Mejía Olaza & Nano Cajas, 2015)

Al analizar la totalidad de los resultados obtenidos en la investigación, nos damos cuenta de lo poco alentadores que son, y cómo esta situación condena a las adolescentes a una situación de desigual, con múltiples posibles consecuencias negativas en su proyecto de vida, limitando el ejercicio de sus derechos a la educación, la salud, la protección y a un nivel de vida adecuado. Pierden su niñez, y deben asumir obligaciones de adultas. (UNICEF América Latina y el Caribe, 2015)

4.4. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN

En estos últimos años se ha brindado mayor atención a la problemática del embarazo adolescente, por la relevancia de sus consecuencias en el proyecto de vida de los menores. Tanto a nivel individual como colectivo, son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada que son la mayoría. Algunos de los impactos más estudiados en nuestro país, tienen que ver con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza. (Mendoza & Subiría, 2014)

La investigación en esta temática es una contribución para el conocimiento científico en relación a las variables de estudios apoyo familiar y habilidades sociales que poseen las adolescentes embarazadas, al no existir trabajos similares anteriores en nuestra región, además permitió establecer la existencia de relación significativa entre ambas variables. Estos conocimientos ayudarán a realizar recomendaciones a las autoridades competentes para el establecimiento

de políticas de prevención e intervención desde la escuela o establecimiento de salud, para la disminución del embarazo adolescente y garantizar el pleno ejercicio de derechos y oportunidades de las adolescentes embarazadas, ya que este problema limita significativamente el desarrollo de las y los adolescentes.

Por otra parte, se validó el instrumento de recolección de información de la variable apoyo familiar para adolescentes gestantes, el cual podrá ser utilizado en otras investigaciones o el campo clínico como tamizaje de detección de adolescentes embarazadas en riesgo por bajo apoyo familiar, a fin de que reciban una intervención temprana por parte de los servicios correspondientes y mejoren su pronóstico.

Este trabajo servirá como un antecedente para futuras investigaciones en adolescentes gestantes, y se convertirá en un material de apoyo que brindará más información sobre la relación que existe entre las variables apoyo familiar y habilidades sociales, también se utilizará para motivar otras investigaciones similares en las que se tengan en cuenta otras variables que no se han considerado en este estudio.

CONCLUSIONES

- En cuanto a la hipótesis central de investigación, se halló una relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Panoa, Huánuco – 2017, ya que se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=35,079$, con 8 grados de libertad y $p=0,000$, donde el 50% de las adolescentes percibieron un nivel medio de apoyo familiar y el 43.4% presentaron un nivel bajo de habilidades sociales.

En cuanto a las hipótesis específicas de investigación:

- Se comprobó que existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la dimensión autoestima de las adolescentes embarazadas, al obtener un valor Chi cuadrado $X^2=21,941$, con 6 grados de libertad y $p=0,001$.
- Se evidenció que existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la dimensión asertividad de las adolescentes embarazadas, al obtener un valor Chi cuadrado $X^2=32,732$, con 8 grados de libertad y $p=0,000$.
- También, se demostró que existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la dimensión comunicación de las adolescentes embarazadas, al obtener un valor Chi cuadrado $X^2=41,952$, con 6 grados de libertad y $p=0,000$.
- Se halló que existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la dimensión toma de decisiones de las adolescentes embarazadas, al obtener un valor Chi cuadrado $X^2=28,639$, con 6 grados de libertad y $p=0,000$.

En el análisis descriptivo de cada variable se encontró que:

- En la variable apoyo familiar, el 50% de las adolescentes perciben un nivel medio de apoyo familiar, el 27.6% de las adolescentes perciben un nivel bajo de apoyo familiar y el 22.4% de las adolescentes perciben un nivel alto de apoyo familiar.
- En la variable habilidades sociales, se evidencia que el mayor porcentaje 43.4% de las adolescentes embarazadas presentan un nivel bajo en

habilidades sociales, en la dimensión autoestima un 52,6% presentan un nivel promedio bajo, en la dimensión de asertividad un 38.2% presentan un nivel promedio bajo, en la dimensión comunicación un 43.4% presentan un nivel bajo y en la dimensión toma de decisiones un 43.4% presentan un nivel promedio bajo.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

A la Universidad:

- Fomentar más investigaciones en este tipo de población. ya que es un grupo vulnerable y necesita ser atendido oportunamente.
- Realizar campañas de prevención del embarazo adolescente a través de los estudiantes universitarios como parte de la proyección social de las carreras profesionales.

Al centro de Salud de Panao:

- Contar con una base de datos que permita explorar con mayor detalle las características de esta población, para elaborar mejores estrategias de prevención e intervención de acuerdo a sus particularidades.
- Realizar campañas de prevención del embarazo adolescente, dirigidas a las instituciones educativas y la comunidad, a fin de disminuir los casos de incidencia.
- Realizar charlas a las familias de las adolescentes embarazadas, con la finalidad de fortalecer el vínculo y generar el apoyo familiar que necesitará para el pleno ejercicio de derechos y oportunidades.
- Capacitar al personal de salud en todo lo relacionado al embarazo adolescente, para fortalecer las áreas de atención, intervención, prevención y promoción de la salud.

Al estado:

- Teniendo en cuenta que el embarazo adolescente es una limitación en el ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza, el estado debe proponer lineamientos a los gobiernos locales y regionales de inclusión de estrategias para la disminución del embarazo adolescente.
- Promover la articulación de instituciones que trabajan en favor de la infancia y adolescencia, para fortalecer el trabajo que realizan e impulsar la prevención del embarazo adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, P., & Hernández, J. (2009). *La autoestima en la educación*. Santiago de Chile: Red Límite.
- Alejandro, R. M. (2017). *Habilidades sociales y clima del aula en estudiantes del tercer grado de primaria, instituciones educativas, Red 18, Comas 2017 (Tesis de Maestría)*. Lima: Escuela de Posgrado Universidad César Vallejo.
- Alva, A. (2015). *Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuaria de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015 (Tesis de pregrado)*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos .
- Ares , P. (2003). *Asertividad: entrenamiento en habilidades sociales*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Arón, A. M., & Milicic, N. (1992). *Vivir con otros, Programa de desarrollo de habilidades sociales*. Santiago de Chiles: Editorial Universitaria S.A.
- Babington, L. M., Malone, L., & Kelley, B. R. (20 de 08 de 2014). *Perceived social support, self esteem, and pregnancy status among Dominican adolescents*. doi:10.1016/j.apnr.2014.08.001
- Barranco, A., & Vargas, D. (2016). *Cuerpo de maestros. Educación infantil. Temario. Vol.I*. Madrid: Editorial CEP S.L.
- Barrón, A., & Chacón, F. (1990). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111766.pdf>
- Calderón Asmat, S. J., & Fonseca Balarezo, F. E. (2014). *Funcionamiento familiar y su relación con las habilidades sociales en adolescentes, Institución Educativa Privada - Parroquial José Emilio Lefebvre Francoeur. Moche - 2014 (Tesis de pregrado)*. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego.
- Castanyer, M. (2009). *La asertividad : Expresión de una sana autoestima* . Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

- Cedar Lake Ventures, I. (10 de 11 de 2019). *Acerca de nosotros: WeatherSpark.com*. Obtenido de Weather Spark Web site: <https://es.weatherspark.com/y/22341/Clima-promedio-en-Panao-Per%C3%BA-durante-todo-el-a%C3%B1o#Sections-Sources>
- Chávez Guevara, D. E. (2012). Cuidado de la familia al binomio madre adolescente - recién nacido. Lambayeque, 2012. (*Tesis de maestría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo*). Lambayeque. Obtenido de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/592/1/TM_Chevez_Guevara_Delia_Esther.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (2003). *Redes de apoyo social de la personas mayores en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: United Nations Publications.
- De Alba, C. (2015). *Desarrollo de habilidades personales y sociales de las personas con discapacidad*. España: Ediciones Paraninfo.
- Del Mastro Naccarato , I. (Mayo de 2013). Entre Madres Adolescentes y Adolescentes-Madres: un análisis de su trayectoria de vida y los factores que influyen en su configuración. *Tesis para optar el Título de Licenciada en Sociología*. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Diniz, E., Garcia, A., Neiva-Silva, L., Nieto, C., & Koller, S. (2012). Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 65-80.
- Estévez, E., Jiménez, T., & Musitu, G. (2011). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Llibres.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (Febrero de 2011). Estado Mundial de la Infancia 2011. *La adolescencia temprana y tardía*, 6. Obtenido de <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (Agosto de 2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. *Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región*. Obtenido de [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pd](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pd)

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2017). *Habilidades para la vida, Herramientas para el BuenTrato y la prevención de la violencia*. Venezuela: Fitolito e Impresión Gráfica ACEA, C.A.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). *El Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la niñez*. Obtenido de <http://www.unfpa.or.cr/index.php/documentos-y-publicaciones-14/informes-unfpa-mundiales-ynacionales/184-informe-estado-de-la-poblacion-mundial-epm-2013/file>
- Fonseca Livias, A., Martel y Chang, S., Rojas Bravo, V., Flores Ayala, V., & Vela López, S. (2013). *Investigación Científica en Salud con Enfoque Cuantitativo*. Lima: Grafica D&S E.I.R.L.
- Gago, M. (2017). *Manual. Comunicación, asertividad y escucha activa en la empresa. Especialidades formativas*. Madrid: Editorial CEP.
- García, C., & Recas, L. (2017). *Coaching y liderazgo personal*. Madrid: Ministerio de Educación de España.
- Goldstein, B., & Glejzer, C. (2006). *Sexualidad para padres e hijos*. Buenos Aires: Editorial Albatros.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Grupo Planeta GBS.
- Guridi, M., Franco, V., & Guridi, Y. (2011). *Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. Cuba. Obtenido de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/218/BC-TES-4041.pdf?sequence=1&isAllowed=y>*
- Heller, K., & Swindler, R. W. (1983). *Social networks, perceived social support, and coping with stress*. New York, EE.UU.: Pergamon.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta Ed. ed.). México D.F.: McGraw-Hill Educación.
- Hofstadt, C., & Gómez, J. (2013). *Competencias y habilidades profesionales para universitarios*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- INEI, UNFPA, MIMP. (2016). *Las Niñas Adolescentes en el Perú 2016*. Obtenido de

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/NinasAdolescPDF0B.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (Octubre de 2016). Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales, ENARES 2013 y 2015. Obtenido de http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1390/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (Mayo de 2016). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015 - Nacional y Departamental. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

Jaureguizar, J., & Espina, A. (2005). *Enfermedad física crónica y familia*. Barcelona: LibrosEnRed.

Jiménez Garcés, C. (2010). Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. *Revista de Medicina Familiar y Atención Primaria*.

Leahey, T., Harris, R., & Rubio, D. (1998). *Aprendizaje y cognición*. Madrid: Prentice Hall.

Lila, M. (2011). *Manual de intervención con maltratadores*. Valencia: Universitat de València.

Lila, M., García, A., & Lorenzo, M. (2011). *Manual de intervención con maltratadores*. España: Universidad de Valencia.

Londoño, N. H., Rogers, H. L., Castilla, J. F., J. F., Posada, S. L., Ochoa, N. L., Jaramillo, M. A., & Aguirre, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 142-150.

López, M. E. (2003). *Inteligencia Emocional* (Vol. I). Colombia: Ediciones Gamma S.A.

Martínez, R. (2017). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno.

Mejía Olaza, R. L., & Nano Cajas, L. K. (2015). *Características demográficas y del ambiente familiar en adolescentes embarazadas de un centro de salud de la región Huánuco. (Tesis de pregrado)*. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

- Mendoza, W., & Subiría, G. (2014). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 30(3). doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.286>
- Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (15 de 12 de 2016). Prevención del embarazo en adolescentes, situación y perspectivas al 2021. *Reporte N° 4-2016-SC/MCLCP*. Obtenido de www.mesadeconcertacion.org.pe/.../reporteembarazoadolescentende g4.2016v7_0.pdf
- Ministerio de Educación. (2007). *Pedagogía Serie 2 para docentes de Secundaria. Procesos socioafectivos Fascículo 3: Habilidades Sociales*. Lima: Empresa Editora El Comercio S.A.
- Ministerio de Educación Perú. (28 de Agosto de 2004). *Tutoría para el bienestar de las niñas, niños y adolescentes MINEDU*. Obtenido de *Desarrollando nuestras habilidades sociales: Son comportamientos APRENDIDOS que facilitan la relación con los otros, defender los propios derechos*
- Ministerio de Salud. (2006). *Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú acciones a desarrollar en el eje temático habilidades para la vida*. Lima: MINSA. Obtenido de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/149.pdf>
- Ministerio de Salud. (2006). *Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención*. Lima: Documento Técnico RM N° 1077-2006. Obtenido de [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Orientaciones %20para%20a%20Atenci%C3%B3n%20Integral.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Orientaciones%20para%20a%20Atenci%C3%B3n%20Integral.pdf)
- Ministerio de Salud. (2015). *MINSA*. Obtenido de Dirección General de Promoción de la Salud: <http://www.minsa.gob.pe/>
- Ministerio de Salud de Perú. (2017). *Etapas de Vida Adolescente*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adolescente.asp>
- Monjas, I., & Gonzáles, B. (1998). *Las habilidades sociales en el currículo*. Madrid: Ministerio de Educación Cultura y Deporte, Centro de Investigación y Documentación Educativa. Obtenido de

- http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/habilidades_sociales_curriculo_mec.pdf
- Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores*. México: Editorial Pax México.
- Montenegro, M., Herrero, J., Musitu, G., & Cantera, L. (2014). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.
- Morales, A. (2017). *Apoyo social en adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca (Tesis de pregrado)*. México: Universidad Autónoma del Estado de México .
- Muñoz, C., Crespí, P., & Angrehs, R. (2011). *Habilidades sociales*. Madrid: Editorial Paraninfo.
- Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(3), 1-27. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=447/44770311>
- Nicolson, D., & Ayers, H. (2001). *Problemas de la adolescencia: Guía práctica para el profesorado y la familia*. Londres: Narcea Ediciones.
- Nolazco, L. M., & Rodríguez , L. Y. (2006). Morbilidad materna en madres adolescentes. *Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina* , 17.
- Ontoria, M. (2018). *Habilidades sociales*. Madrid: Editex.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Desarrollo en la adolescencia*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Peñafiel, E., & Serrano, C. (2010). *Habilidades Sociales*. Madrid: Editex. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=zpU4DhVHTJIC&dq=habilidades+sociales&source=gbs_navlinks_s
- Ramos, R. (2013). *Comunicación eficaz (2a. ed.)*. Málaga: Editorial ICB.
- Rosales, J., Caparrós, F., & Molina, R. (2013). *Habilidades sociales*. Madrid: McGraw-Hill España.
- Salinas, A. A. (2016). *Cybertesis UNMSM*. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/4939>

- Sánchez, H., & Reyes, C. (2006). Metodología y diseño de la investigación científica. Lima: Editorial Visión Universitaria.
- Stassen Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Toledo Gregorio, M. (2015). *Características socioculturales y demográficas en adolescentes embarazadas, atendidas en el centro de salud Castillo Grande - Tingo María. (Tesis de pregrado)*. Huánuco: Universidad de Huánuco.
- UNICEF América Latina y el Caribe. (29 de Enero de 2015). Embarazo adolescente: falta de oportunidades y violencia sexual. *Centro de prensa UNICEF*. Obtenido de https://www.unicef.org/lac/media_30118.htm
- Urreta, M. (2008). *Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho*. Lima: Tesis de pregrado.
- Vallejos Saldarriaga, J. F. (2008). *Repositorio de la Universidad San Ignacio de Loyola*. Obtenido de <http://repositorio.usil.edu.pe/>
- Varela, M. (2009). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Wade, C., & Tavis, C. (2003). *Psicología (7a ed. ed.)*. Madrid: Pearson Educación.
- Weiten, W. (2006). *Psicología: Temas y variaciones*. México: Thomson.

ANEXOS

ANEXO 01: Matriz de consistencia

Nivel de Apoyo familiar y su relación con las Habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA
Problema general:	Objetivo general:	Hipótesis general:	Variable 1:					
¿Qué relación existe entre el nivel de Apoyo Familiar y las Habilidades Sociales de las adolescentes embarazadas de los Centros de Salud de Panao, Huánuco, 2017?	Determinar el nivel de relación entre el apoyo familiar y las Habilidades sociales de las adolescentes embarazadas de los Centros de Salud de Panao, Huánuco, 2017.	H1: A mayor nivel de apoyo familiar, mayor nivel de habilidades sociales de las adolescentes embarazadas de los Centros de Salud de Panao, Huánuco, 2017.	Habilidades sociales.	Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Autorespeto • Autoaceptación • Autoevaluación • Autoconcepto • Autoconocimiento • Autocuidado 	Cuestionario de habilidades sociales para adolescentes	En cuanto al diseño de investigación es descriptivo correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), puesto que el objetivo fue determinar el grado de relación que existe entre las variables nivel de apoyo familiar y	La población objetivo la conforman 95 adolescentes embarazadas, captadas en el Centro de Salud de Panao, pertenecientes a la provincia de Pachitea. La muestra está conformada por 76 adolescentes embarazadas captadas en el Centro de Salud de Panao, perteneciente a la provincia de Pachitea.
				Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto a sí mismo y los demás • Autocontrol • Inteligencia emocional • Sinceridad • Honestidad • Saber decir y escuchar 			
				Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa • Estilo de comunicación asertiva • Saber decir 			
				Toma de Decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar el problema • Explorar las alternativas • Planificación personal • Presión de grupo • Influencia 			

Problemas específicos:	Objetivos específicos:	Hipótesis específicas:	Variable 2:				habilidades sociales.	
<p>¿Cuál es el nivel de apoyo familiar en las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de Habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre el nivel de Apoyo Familiar y la dimensión de Autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre el nivel de Apoyo Familiar y la dimensión de Asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre el nivel de Apoyo Familiar y la dimensión de Comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre el nivel de Apoyo Familiar y la dimensión de Toma de Decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017?</p>	<p>Identificar el nivel de apoyo familiar en las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, 2017.</p> <p>Identificar el nivel de Habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017.</p> <p>Relacionar el nivel de apoyo familiar y la dimensión de Autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017.</p> <p>Relacionar el nivel de apoyo familiar y la dimensión de Asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017.</p> <p>Relacionar el nivel de apoyo familiar y la dimensión de Comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017.</p> <p>Relacionar el nivel de apoyo familiar y la dimensión de Toma de Decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017.</p>	<p>Hi₁: Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de Autoestima de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017.</p> <p>Hi₂: Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de Asertividad de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017.</p> <p>Hi₃: Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de Comunicación de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017.</p> <p>Hi₄: Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de Toma de decisiones de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panoa, Huánuco, 2017.</p>	<p>Apoyo Familiar.</p>	<p>Apoyo Familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muestras de amor y afecto • Respeto • Confianza • Provisión de alimentos • Provisión de indumentaria • Apoyo económico • Compañía • Consejos • Brindar Información <p>Comunicación y comprensión familiar</p>	<p>Questionario MOS de apoyo social percibido</p>		

ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO**FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Acepta voluntariamente participar en la investigación conducida por Laura Matilde Cristobal Valdez, estudiante de la Maestría Sistemas de Protección de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia, perteneciente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

La investigación se llama "APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LAS HABILIDADES SOCIALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD DE PANAÓ, HUÁNUCO, 2017". Su participación consistirá en responder el Cuestionario MOS de apoyo social percibido y el Cuestionario de habilidades sociales para adolescentes. Responder a estos cuestionarios le tomará aproximadamente una hora.

Estos cuestionarios se responden de forma anónima. La información recopilada acerca de su persona se tratará en forma confidencial. Los datos recolectados se usarán para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Asimismo, si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Finalmente, no se usará su nombre en ninguno de los reportes. No se otorgará ningún estipendio económico por su participación.

Se agradece por su colaboración.

Huánuco,de..... del.....

Nombres

y

Apellidos:

Firma del padre u apoderado: _____

DNI: _____

ANEXO 03: CUESTIONARIO**CUESTIONARIO NIVEL DE APOYO FAMILIAR****I. INSTRUCCIONES:**

- ❖ Lee detenidamente cada pregunta y responde con veracidad, las preguntas son referentes a al apoyo que te brinda tu familia.
- ❖ Responde todas las preguntas.
- ❖ Pide orientación cuando lo necesitas.

III. DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE:

Responde llenando los espacios en blanco o marcando con un aspa (X) la letra que corresponde a tu condición.

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes actualmente? _____
2. ¿Qué año de estudios ha terminado? _____
3. ¿Cuál es tu estado civil?
 - a) Soltera
 - b) Conviviente
 - c) Casada
4. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?
 - a) Soy la mayor de mis hermanos
 - b) Estoy entre el mayor y el menor de mis hermanos
 - c) Soy la menor de mis hermanos
5. ¿Cuánto tiempo de gestación tienes actualmente?

6. ¿Con quién vives actualmente?
 - a) Con mis padres y hermanos
 - b) Solo con mis padres
 - c) Con mi madre y hermanos
 - d) Con mi pareja
 - e) Otros (especificar).....
7. Aproximadamente, ¿Cuántos familiares viven contigo? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

IV. APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

A continuación, se presenta un listado de enunciados seguidas de posibles respuestas, marcar solo una alternativa.

ÍTEMS	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
1. Tienes alguien en tu familia que te muestre amor y afecto.					
2. Cuentas con alguien en tu familia que te compre todos los alimentos que te recomienda el médico.					
3. Tienes cerca a alguien que te aconseja cuando se te presenta problemas.					
4. Tienes cerca a alguien con quien puedas pasar un buen rato.					
5. Tienes a alguien en la familia que te compre ropa adecuada para el embarazo.					
6. Cuentas con alguien en tu familia cuando necesitas hablar.					
7. Cuentas con alguien de tu familia que te abrace.					
8. Tienes cerca a alguien que te dé dinero para tus controles médicos.					
9. Cuentas con alguien que te informe y te ayude a entender dudas sobre su embarazo.					
10. Tienes a alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

11. Cuentas con alguien que te acompañe a sus controles prenatales.					
12. Cuentas con alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo y tus preocupaciones.					
13. Tienes a alguien en tu familia que respete tus decisiones.					
14. Cuentas con alguien que te prepare la comida si no puedes hacerlo.					
15. Tienes a alguien en tu familia que te informe sobre los riesgos en el embarazo.					
16. Tienes a alguien cerca que confíe en ti.					
17. Tienes a alguien que te acompañe cuando tengas que ir a la calle.					
18. Tienes a alguien en la familia que comprenda tus problemas.					

Cuestionario de habilidades sociales**INSTRUCCIONES**

A continuación, encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios

N = NUNCA

RV = RARA VEZ

AV = A VECES

AM= A MENUDO

S = SIEMPRE

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.
2. Si un amigo (a) habla mal de mí persona le insulto.
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.
4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.

18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.
20. Si estoy "nervioso (a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.
23. No me siento contento (a) con mi aspecto físico.
24. Me gusta verme arreglado (a).
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo (a) cuando realiza algo bueno.
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.
28. Puedo hablar sobre mis temores.
29. Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera.
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.
38. Hago planes para mis vacaciones.
39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.
40. Me cuesta decir no, por miedo a ser criticado (a).
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as).
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

ANEXO 04: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: RICHARD PINEY LLANTO CARRERO Especialidad: Psicología Estimado (a)
 Sr. Sra. Juez, esta matriz es para evaluar los ítems del presente instrumento (politémicos), de la dimensión apoyo familiar, teniendo en cuenta los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad, calificando con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem.

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Apoyo Familiar	1. Tienes alguien en tu familia que te muestre amor y afecto. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	2. Cuentas con alguien en tu familia que te compre todos los alimentos que te recomienda el médico. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	3. Tienes cerca a alguien que te aconseja cuando se te presenta problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	4. Tienes cerca a alguien con quien puedas pasar un buen rato. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	5. Tienes a alguien en la familia que te compre ropa adecuada para el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4

	6. Cuentas con alguien en tu familia cuando necesitas hablar. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	7. Cuentas con alguien de tu familia que te abraza. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	8. Tienes cerca a alguien que te dé dinero para tus controles médicos. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	9. Cuentas con alguien que te informe y te ayude a entender dudas sobre su embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	10. Tienes a alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	11. Cuentas con alguien que te acompañe a sus controles prenatales. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
Apoyo Familiar	12. Cuentas con alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo y tus preocupaciones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	13. Tienes a alguien en tu familia que respete tus decisiones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4

14. Cuentas con alguien que te prepare la comida si no puedes hacerlo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
15. Tienes a alguien en tu familia que te informe sobre los riesgos en el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
16. Tienes a alguien cerca que confíe en ti. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
17. Tienes a alguien que te acompañe cuando tengas que ir a la calle. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
18. Tienes a alguien en la familia que comprenda tus problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()


 Lic. Richard P. Llanto Cercedo
 PSICÓLOGO
 CPSP 7220

Firma y Sello del Juez

ANEXO 04: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Mg. Carlos Leopoldo Bazo Coronel Especialidad: Psicología Pédica Estimado (a)

Sr. Sra. Juez, esta matriz es para evaluar los ítems del presente instrumento (politémicos), de la dimensión apoyo familiar, teniendo en cuenta los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad, calificando con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem.

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Apoyo Familiar	1. Tienes alguien en tu familia que te muestre amor y afecto. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	2. Cuentas con alguien en tu familia que te compre todos los alimentos que te recomienda el médico. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	3. Tienes cerca a alguien que te aconseja cuando se te presenta problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	3	4	4	3
	4. Tienes cerca a alguien con quien puedas pasar un buen rato. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	5. Tienes a alguien en la familia que te compre ropa adecuada para el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4

	6. Cuentas con alguien en tu familia cuando necesitas hablar. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	7. Cuentas con alguien de tu familia que te abraze. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	3	3	3	3
	8. Tienes cerca a alguien que te dé dinero para tus controles médicos. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	9. Cuentas con alguien que te informe y te ayude a entender dudas sobre su embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	10. Tienes a alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	11. Cuentas con alguien que te acompañe a sus controles prenatales. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	3	4	4
Apoyo Familiar	12. Cuentas con alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo y tus preocupaciones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	13. Tienes a alguien en tu familia que respete tus decisiones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	3	4	4

14. Cuentas con alguien que te prepare la comida si no puedes hacerlo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
15. Tienes a alguien en tu familia que te informe sobre los riesgos en el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	3	4	4	4
16. Tienes a alguien cerca que corrie en ti. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
17. Tienes a alguien que te acompañe cuando tengas que ir a la calle. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
18. Tienes a alguien en la familia que comprenda tus problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()



 Firma y Sello del Juez

ANEXO 05

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Ruth Irene Villacorta Bravo Especialidad: Psicología

Estimado (a) Sr. Sra. Juez, esta matriz es para evaluar los ítems del presente instrumento (poliítmicos), de la dimensión apoyo familiar, teniendo en cuenta los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad, calificando con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem.

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Apoyo Familiar	1. Tienes alguien en tu familia que te muestre amor y afecto. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	3	4
	2. Cuentas con alguien en tu familia que te compre todos los alimentos que te recomienda el médico. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	3
	3. Tienes cerca a alguien que te aconseja cuando se te presenta problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	4. Tienes cerca a alguien con quien puedas pasar un buen rato. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	5. Tienes a alguien en la familia que te compre ropa adecuada para el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	3	4	4	4

	6. Cuentas con alguien en tu familia cuando necesitas hablar. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	7. Cuentas con alguien de tu familia que te abraza. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	8. Tienes cerca a alguien que te dé dinero para tus controles médicos. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	3	4
	9. Cuentas con alguien que te informe y te ayude a entender dudas sobre su embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	3	4	4	4
	10. Tienes a alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	11. Cuentas con alguien que te acompañe a sus controles prenatales. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	3
Apoyo Familiar	12. Cuentas con alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo y tus preocupaciones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	13. Tienes a alguien en tu familia que respete tus decisiones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4

14. Cuentas con alguien que te prepare la comida si no puedes hacerlo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	3
15. Tienes a alguien en tu familia que te informe sobre los riesgos en el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	3	4	4	4
16. Tienes a alguien cerca que confíe en ti. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
17. Tienes a alguien que te acompañe cuando tengas que ir a la calle. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
18. Tienes a alguien en la familia que comprenda tus problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()


 Lic. Raúl J. Villacampa
 PSICÓLOGA
 C.P.P. 13485

Firma y Sello del Juez

ANEXO 05

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Ylma Hando Cuenca Especialidad: Enfermería

Estimado (a) Sr. Juez, esta matriz es para evaluar los ítems del presente instrumento (poliítemicos), de la dimensión apoyo familiar, teniendo en cuenta los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad, calificando con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem.

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Apoyo Familiar	1. Tienes alguien en tu familia que te muestre amor y afecto. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	3
	2. Cuentas con alguien en tu familia que te compre todos los alimentos que te recomienda el médico. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	3. Tienes cerca a alguien que te aconseja cuando se te presenta problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	4. Tienes cerca a alguien con quien puedas pasar un buen rato. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	5. Tienes a alguien en la familia que te compre ropa adecuada para el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	3	4	4

	6. Cuentas con alguien en tu familia cuando necesitas hablar. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	7. Cuentas con alguien de tu familia que te abraza. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	8. Tienes cerca a alguien que te dé dinero para tus controles médicos. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	9. Cuentas con alguien que te informe y te ayude a entender dudas sobre su embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	3	4	4
	10. Tienes a alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	11. Cuentas con alguien que te acompañe a sus controles prenatales. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
Apoyo Familiar	12. Cuentas con alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo y tus preocupaciones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	13. Tienes a alguien en tu familia que respete tus decisiones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	3	4	4	4

<p>14. Cuentas con alguien que te prepare la comida si no puedes hacerlo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>
<p>15. Tienes a alguien en tu familia que te informe sobre los riesgos en el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>4</p>
<p>16. Tienes a alguien cerca que confíe en ti. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>
<p>17. Tienes a alguien que te acompañe cuando tengas que ir a la calle. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>
<p>18. Tienes a alguien en la familia que comprenda tus problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()



Firma y Sello del Juez

ANEXO 04: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: MAG. EDUARDO WALTER CARRERA LOPEZ Especialidad: Psicología Estimado (a)

Sr. Sra. Juez, esta matriz es para evaluar los ítems del presente instrumento (politémicos), de la dimensión apoyo familiar, teniendo en cuenta los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad, calificando con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem.

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Apoyo Familiar	1. Tienes alguien en tu familia que te muestre amor y afecto. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	2. Cuentas con alguien en tu familia que te compre todos los alimentos que te recomienda el médico. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	3. Tienes cerca a alguien que te aconseja cuando se te presenta problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	4. Tienes cerca a alguien con quien puedas pasar un buen rato. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4
	5. Tienes a alguien en la familia que te compre ropa adecuada para el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4

	6. Cuentas con alguien en tu familia cuando necesitas hablar. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	7. Cuentas con alguien de tu familia que te abraze. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	8. Tienes cerca a alguien que te dé dinero para tus controles médicos. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	9. Cuentas con alguien que te informe y te ayude a entender dudas sobre su embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	10. Tienes a alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	11. Cuentas con alguien que te acompañe a sus controles prenatales. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
Apoyo Familiar	12. Cuentas con alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo y tus preocupaciones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4
	13. Tienes a alguien en tu familia que respete tus decisiones. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()	4	4	4	4	4

<p>14. Cuentas con alguien que te prepare la comida si no puedes hacerlo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>
<p>15. Tienes a alguien en tu familia que te informe sobre los riesgos en el embarazo. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>
<p>16. Tienes a alguien cerca que confíe en ti. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>
<p>17. Tienes a alguien que te acompañe cuando tengas que ir a la calle. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>
<p>18. Tienes a alguien en la familia que comprenda tus problemas. a) Nunca () b) Pocas veces () c) Algunas veces () d) La mayoría de veces () e) Siempre ()</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISION DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI NO ()


 Edwilda Cristóbal Leayza
 C.P.S.P. / S.I.S.U.
 UDAVIT - HUARUCCO

Firma y Sello del Juez

Hoja de instrucciones para la evaluación

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4. Alto nivel	El ítem tiene relación lógica con la dimensión
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
CLARIDAD	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro

El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utilizan de acuerdo a su significado o por la ordenación de los mismos
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos de ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada

NOTA BIOGRÁFICA

Laura M. Cristobal Valdez nació en la ciudad de Huánuco el 01 de noviembre de 1991, siendo sus padres Falconier Cristobal García y Felida Valdez Alvarado, destacó en el tercio superior durante sus estudios primarios en la I.E. “Amadeus Mozarth” y secundarios en la I.E. “Divina Misericordia”. Ingresó a la universidad en el año 2009, destacando en el tercio superior en toda su formación, en el 2015 obtuvo el grado de Licenciada en Psicología en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Posteriormente fue facultada para ejercer la profesión por el Colegio de Psicólogos del Perú, con registro N°26083, habilitada desde el año 2016.

Profesionalmente, trabajó como psicóloga en la I.E. “Leoncio Prado Gutierrez” de Umari, I.E. Integrada de Callagán del distrito de Molino y en la Aldea Infantil “San Juan Bosco”. Realizó el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud en el año 2016, desempeñándose como psicóloga principal del Centro de Salud Baños – Minsa. Actualmente se desempeña como Coordinadora de la E.A.P. Psicología – Modalidad Semipresencial en la Universidad de Huánuco.

Complementando a sus estudios superiores, estudió el posgrado en la Maestría de Sistemas de Protección de los Derechos Niño, Niña y Adolescente frente a la Violencia, en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, en el periodo 2016 – 2017, sustentado la tesis “Apoyo familiar y su relación con las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Panao, Huánuco, 2017”, con fecha 25 de octubre del 2019, en acto público, habiendo aprobado satisfactoriamente.



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Aula 204 de la Escuela de Posgrado, siendo las **13:00h**, del día viernes **25 DE OCTUBRE DE 2019** ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dra. Silvia Alicia MARTEL Y CHANG	Presidenta
Mg. Ennis Segundo JARAMILLO FALCON	Secretario
Mg. Florian Gualberto FABIAN FLORES	Vocal

Asesor de tesis: Mg. Julio TUEROS ESPINOZA (Resolución N° 02670-2017-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Sistema de Protección de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente frente a la Violencia, Doña, Laura Matilde CRISTOBAL VALDEZ

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **"APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LAS HABILIDADES SOCIALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD PANAQ, HUÁNUCO, 2017"**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- i) Presentación personal.
- j) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
- k) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- l) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Diecisiete (17)
 Equivalente a MUY BUENO, por lo que se declara APROBADO
(Aprobado ó desaprobado)

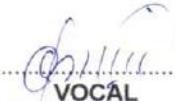
Los miembros del Jurado firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 14:10 horas del 25 de octubre de 2019.



PRESIDENTA
 DNI N° 23423118



SECRETARIO
 DNI N° 22980882



VOCAL
 DNI N° 20681625

Leyenda:
 19 a 20: Excelente
 17 a 18: Muy Bueno
 14 a 16: Bueno

(Resolución N° 0712-2019-UNHEVAL/EPG-D)

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres: Cristobal Valdez, Laura Matilde

DNI: 71539186 Correo electrónico: laura.mcv@outlook.com

Teléfonos Casa _____ Celular 935617525 Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

Posgrado	
Maestría:	<u>Maestría en Sistema de Protección de los Derechos del Niño,</u>
Mención:	<u>Niña y Adolescente frente a la Violencia</u>

Grado Académico obtenido:

Maestro

Título de la tesis:

Apoyo Familiar y su relación con las habilidades sociales de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Panoa, Huánuco, 2017

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
X	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Para proteger la obra de usos indebidos.

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años (X) 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso publico.

Fecha de firma: 04-11-2019



Firma del autor