

# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“EFECTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE  
AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS-INSTITUTO NACIONAL MATERNO  
PERINATAL-LIMA”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

**AUTORA:**

**BACH. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ**

**CALLAO – 2013  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| • Mg. ARCELIA OLGA ROJAS SALAZAR    | PRESIDENTE |
| • Mg. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO          | SECRETARIA |
| • Mg. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS      | MIEMBRO    |
| • Mg. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN | MIEMBRO    |

**ASESOR: DR. MANUEL MORI PAREDES**

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 04

Fecha de Aprobación de tesis: 17 de Enero del 2013

Resolución de sustentación de la Sección de Posgrado

Nº 059-2013-SPGFCS

## AGRADECIMIENTO

*A la Universidad Nacional del Callao, especialmente a los profesores de la Maestría en Salud Pública, por sus enseñanzas impartidas.*

*Al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima y a las adolescentes embarazadas, quienes dieron su aporte con su consentimiento para la presente investigación.*

*A mi asesor el Dr. MANUEL ALBERTO MORI PAREDES por sus aportes significativos y orientaciones recibidas para el desarrollo de la Tesis. Porque en los problemas que he encontrado siempre ha tenido una palabra de apoyo y estímulo.*

*A mis adorados padres y a mi querida familia, por creer en mí y mantenerse siempre a mi lado, por superar conmigo cada una de las etapas vividas y apoyarme en todas mis decisiones.*

*Agradezco también a la comunidad científica, por su aporte inmenso para el desarrollo de la presente investigación.*

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	15
ABSTRACT	17
<b>I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>19</b>
1.1. Identificación del problema	19
1.2. Formulación del problema	25
1.3. Objetivos de la investigación	26
1.4. Justificación	26
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>30</b>
2.1. Antecedentes del estudio	30
2.2. Bases Epistémicas	35
-Teoría general de sistemas en el modelo de la calidad de vida	36
-La resiliencia, la promoción de la salud y el desarrollo Humano	37
-Teoría del desarrollo cognitivo en el aprendizaje y empoderamiento hacia la calidad de vida	38
-El Modelo “Proceso de Adopción de Precauciones” cerca del comportamiento saludable	39
2.3. Bases conceptuales:	42
-Calidad de vida en la adolescente embarazada	42
-Calidad de vida: evolución y concepto	43
-Calidad de vida en la adolescente	43
-Calidad de vida en la adolescente embarazada	44
-Implicancias del embarazo en la calidad de vida del adolescente	45
-El estrés y sus implicancias en la salud	46
- El estrés frente a la adolescente embarazada	46
- Variables emocionales en las adolescentes embarazada	47

- Ansiedad	47
- Variables personales o disposicionales	48
- Autoeficacia	48
- Autoestima	49
<b>Estilo de vida promotor de salud durante el embarazo</b>	<b>49</b>
-Apoyo social	50
-Locus de control	51
-Valores, creencias y actitudes	52
-Recursos y habilidades de afrontamiento	52
<b>Estrategias de afrontamiento</b>	<b>53</b>
- El afrontamiento: Evolución y conceptos	53
- Teoría del afrontamiento de Erica Frydemberg	53
- Intervenciones psicoeducacionales	55
- Intervenciones psicoterapéuticas	56
- Terapia cognitivo-conductual	56
<b>El embarazo en la adolescencia</b>	<b>57</b>
- Adolescencia y sexualidad	57
- Embarazo en la adolescencia	58
- Aspectos emocionales	59
- Aspectos psicológicos	59
- Aspectos físicos	60
- Aspectos sociales	60
<b>Factores de riesgo en el embarazo de adolescentes</b>	<b>61</b>
- Factores personales	61
- Factores familiares	62
- Factores sociales	63
<b>Complicaciones del embarazo en la adolescencia</b>	<b>64</b>
2.4. Definición de términos	65
<b>III. VARIABLES E HIPÓTESIS</b>	<b>68</b>
3.1. Definición de las variables	68
3.2. Operacionalización de variables	69
3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas	71

<b>IV.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>72</b>
	4.1 Tipo de investigación	72
	4.2 Diseño de la investigación	72
	4.3 Población y muestra	73
	4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	77
	4.5 Procedimiento de recolección de datos	80
	4.6 Procedimiento estadístico y análisis de datos	82
<b>V.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>86</b>
<b>VI.</b>	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>98</b>
	6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados	98
	6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares	118
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>121</b>
<b>VIII.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>122</b>
<b>IX.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>123</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>129</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 01.- Historia reproductiva de las madres en estudio-Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	86
Tabla 02.- Antropometría de la gestante-Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	88
Tabla 03.- Antecedentes patológicos durante la gestación de las madres en estudio-Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	89
Tabla 04.- Antecedentes obstétricos durante la gestación de las madres en estudio -Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	90
Tabla 05.- Resultados de los exámenes complementarios realizados durante la gestación de las madres en estudio -Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	91
Tabla 06.- Tipo de embarazo diagnosticado en las madres en estudio -Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	92
Tabla 07.- Nivel de vulnerabilidad al estrés en las adolescentes embarazadas según grupos y momentos del estudio-Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	93
Tabla 08.- Nivel de ansiedad de las adolescentes embarazadas según grupos y momentos del estudio-Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	94
Tabla 09.- Nivel de Autoeficacia en las adolescentes embarazadas según grupos y momentos del estudio-Instituto Materno Perinatal de Lima 2009	95
Tabla 10.- Tipo de afrontamiento al embarazo en la adolescente según grupos y momentos del estudio -Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	96
Tabla 11.- Nivel de calidad de vida en las adolescentes embarazadas según grupos y momentos del estudio-Instituto Materno Perinatal de Lima, 2009	97

## ÍNDICE DE ANEXOS

		<b>Pág.</b>
Anexo 01.-	Matriz de consistencia	130
Anexo 02.-	Guía de entrevista aplicado a la adolescente embarazada.	134
Anexo 03.-	Ficha de análisis documental	138
Anexo 04.-	Inventario de vulnerabilidad al estrés en la adolescente embarazada	140
Anexo 05.-	Inventario de ansiedad	142
Anexo 06.-	Escala de Autoeficacia	144
Anexo 07.-	Escala del afrontamiento del embarazo	146
Anexo 08.-	Cuestionario de calidad de vida aplicado a adolescentes embarazadas	151
Anexo 09.-	Hoja de información entregada a las adolescentes embarazadas	155
Anexo 10.-	Consentimiento informado de la adolescente embarazada	157
Anexo 11.-	Compromiso de confidencialidad	158
Anexo 12.-	Notificación de invitación a las adolescentes embarazadas	159
Anexo 13.-	Plan de sesiones de la estrategia de afrontamiento aplicado a la adolescente embarazada	160
Anexo 14.-	Presentación de la Primera sesión intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas	164
Anexo 15.-	Presentación de la Segunda sesión intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas	169

Anexo 16.-	Presentación de la Tercera sesión intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas	173
Anexo 17.-	Presentación de la Cuarta sesión Intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas	177
Anexo 18.-	Presentación de la Quinta sesión intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas	181
Anexo 19.-	Presentación de la Sexta sesión intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas	185
Anexo 20.-	Presentación de la Evaluación de las sesiones de la estrategia de afrontamiento	189

## RESUMEN

El Propósito del estudio en mención fue evaluar el efecto de la terapia psicoeducativa en el afrontamiento del embarazo de adolescentes para que tengan conocimientos adecuados del embarazo y evitar riesgos y complicaciones. Así como identificar el significado, las fuentes, la estructura y las formas de afrontamiento de la adolescente embarazada. Ello con la finalidad de aportar un conocimiento susceptible de aplicarse, a través de programas de mejoramiento de la calidad de vida y de prevención de complicaciones. En este estudio se logró experimentar el efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de las adolescentes embarazadas, fue un conocimiento basado en la comprensión del estado de gestación y el afrontamiento que realizaron las adolescentes ante un embarazo.

**El Método** que se aplicó fue un experimento con grupo control a primíparas del primer trimestre, las técnicas empleadas fueron la entrevista, la observación, el análisis documental y el test con sus respectivas guías. (Entrevista ficha de control del embarazo, inventario de estrés y ansiedad, la escala de Autoeficacia de afrontamiento del embarazo y de calidad de vida. Los datos fueron analizados con apoyo de la estadística descriptiva e inferencial. Las sesiones psicoeducativas se aplicaron con profesionales capacitados en el tema (Psicólogo/a, obstetra y enfermero /a) en un total de 6 (2 por mes) de hora y media de duración, con contenidos teóricos, estrategias de afrontamiento, actividades de relajación y tareas.

**En los resultados obtenidos del grupo experimental se observó disminución de las medias de puntuaciones de la vulnerabilidad al estrés entre el momento inicial y en los 3 momentos posteriores del estudio, (diferencias de 7,900, 7,133 y 9,133 puntos para un  $p = 0,000$ ). Del mismo modo disminuyó las puntuaciones de la ansiedad, a partir del momento basal y en los 3 momentos posteriores, con diferencia de medias de 14,433, 15,467 y 17,233 puntos y  $p=0,000$ . La auto eficacia mejoró significativa entre el momento basal y en el post, al mes y a 2 meses post terapia; siendo las medias de -14,5; -16,0 y -18,0; respectivamente. El afrontamiento del embarazo demostró eficacia entre el momento basal y en el post, al mes y a 2 meses post terapia; siendo las diferencias de medias de -107,9; -108,1 y -126,7 respectivamente y  $p < 0, 05$ . El efecto de la terapia sobre los aspectos físicos de la adolescente embarazada, evidenció condición normal. El nivel de la calidad de vida de las adolescentes mejoró, en los tres momentos posteriores a la terapia cuyas medias fueron de -44,2; -52,0 y -59,1.No evidenciaron diferencias significativas el grupo control, en ninguna de las variables estudiadas en los diferentes momentos del estudio.**

## ABSTRACT

The purpose of this investigation was evaluate the effect of the psychoeducational therapy in coping of adolescent pregnancies in order to obtain appropriate knowledge about pregnancy and prevent risks and complications, as well as to identify meaning, sources, structure and ways of coping in pregnant adolescents. That is, with the purpose of contributing knowledge susceptible to be put into practice, through improving programs of quality of life and preventing complications. In this investigation, it was experienced the effect of the coping psychoeducational intervention in the quality of life of pregnant adolescents. It was a knowledge based on the understanding of pregnancy and the coping which was made by the adolescents before pregnancy.

An experiment with a control group of first-time mother in first trimester was applied as a way of method. The techniques used were interview, observation, documentary analysis and test with its respective guides. (Interview, control card of pregnancy, list of stress and anxiety signs, scale of self-efficacy of coping pregnancy and quality of life. Data were analyzed with support of descriptive and inferential statistics. Psychoeducational sessions were applied with qualified professionals in this subject (Psychologist, obstetrician and nurse) in a total of 6 (2 per month) and a duration of one hour and a half, with theoretical contents, coping strategies, relaxation activities and tasks.

In the results obtained from the experimental group it was observed a diminution from the averages of vulnerability scores to the stress between the initial moment

and in 3 later moments of this investigation, (differences of 7.900, 7.133 and 9.133 scores for  $p = 0.000$ ). In the same way the anxiety scores were reduced, from basal moment and in the 3 later moments, with different averages 14.433, 15.467 and 17.233 scores and  $p=0,000$ . Self-efficacy was improved in a significant way between basal moment and in post, in a month and 2 months post therapy; being the averages -14,5; -16,0 and -18,0; respectively. Coping of pregnancy demonstrated effectiveness between basal moment and in post, in a month and 2 months post therapy; being averages -107,9; -108,1 and -126,7 respectively and  $p < 0, 05$ . The therapy effect on physical aspects of pregnant adolescent has demonstrated normal condition. The level of quality of life of adolescents improved, in three later moments to the therapy which averages were -44,2; -52,0 and -59,1. The group has not demonstrated significant differences in any of investigated variables in the different moments of this investigation.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Identificación del Problema

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que la adolescencia es “el periodo crucial del ciclo vital, en la que experimentan una fuerte carga de conflicto de la asincronía entre la madurez sexual y la psicosocial” OPS, OMS.

El proceso reproductivo según datos estadísticos respecto a la Calidad de vida de los (as) adolescentes es una experiencia compleja y se expresa en muchos de ellos/as en el inicio temprano de las relaciones sexuales alcanzando un 45%, el que carece de una forma responsable y segura; lo que aumenta la frecuencia de resultados adversos como los embarazos no planeados o no deseados, las infecciones de transmisión sexual incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Hepatitis B; el compromiso de la fertilidad futura (abortos, infecciones genitales) y el mayor riesgo de cáncer de cuello uterino; que sumado a un retraso en la formalización de una unión estable y duradera, resulta en un período más prolongado de exposición al riesgo en 99.5%.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE) y Ulanowicz, Parra, Wendler, Monzón reconocieron al embarazo en la adolescencia como un problema social cada vez más frecuente, ya que la edad

precoz de su desarrollo personal. Del mismo modo casi siempre se muestran con estrés, ya que la capacidad biológica, psicológica y el rol social de la adolescente se ven fuertemente afectadas

La información de la Dirección General de Epidemiología de Lima Ciudad del Ministerio de Salud aseguran que este sector de la población tiene las mujeres de mayor edad, un 50% más probabilidades de morir por efecto del embarazo y el parto, siendo la primera causa de muerte de adolescentes entre 15 y 19 años, las complicaciones relacionados con el embarazo y el parto. De hecho más del 13% de las defunciones maternas registradas, ocurre en mujeres menores de 20 años. Pero las que sobrellevan el embarazo, desarrollan condiciones de vida inadecuadas, que se expresan en pérdida de la salud, del bienestar y de la calidad de vida, lo que supedita a intervenciones de resolución eficaz como las estrategias de afrontamiento que según Alfaro, son un conjunto de formas de pensar, de actuar y de sentir que ayudan a resolver, evadir o controlar los problemas que nos afectan cotidianamente. Su función es controlar la angustia el estrés y resolver el problema propiciando una mejor calidad de vida ya que el individuo aprende a expresar emociones, solucionar problemas y buscar redes de apoyo.

Por su parte Arjona, Guerrero, descubrieron que se pueden considerar a las estrategias de afrontamiento como predictoras de la adaptación en los sujetos que utilizan las habilidades sociales y el estilo de afrontamiento activo, es decir aquellos sujetos hábiles socialmente y con estilo de afrontamiento activo mostrarían una mejor adaptación y soporte hacia una óptima calidad de

vida. Por otro lado, el afrontamiento es igual un predictor de la adaptación en el sujeto pero, por el contrario, de forma negativa, aquellos sujetos tienden a la utilización del estilo de afrontamiento pasivo una menor adaptación en general.

Es por ello esta investigación tiene como objetivo conocer qué efectos tienen las estrategias de afrontamiento aplicado a las adolescentes embarazadas en su calidad de vida, con el fin de analizar aquellas intervenciones que tengan mayor eficacia en este grupo específico de madres adolescentes del Instituto Materno Perinatal de Lima.

Esta propuesta de trabajo reconoce que el problema del embarazo adolescente afecta la calidad de vida, no se puede resolver exclusivamente con acciones tradicionales desde el sector salud sino a través de intervenciones psicoeducativas, siendo necesario aplicaciones estratégicas e integrales en lo referido a los riesgos. A su vez está reconocido que los esfuerzos debe involucrar necesariamente el trabajo de los sectores educativos, laborales, religiosos, medios de comunicación y otras instituciones sociales comprometidas con el presente y futuro de los adolescentes

## **1.2. Formulación del problema**

Por todo lo expuesto se formula el siguiente problema:

¿Cuál es el efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas-Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima-2009?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **Objetivo general**

Determinar el efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas Instituto Materno Perinatal Lima – 2011

#### **Objetivos específicos**

- Realizar la medición basal de las variables psicológicas, emocionales, calidad de vida, autoeficacia, y los síntomas de riesgo del embarazo
- Evaluar el efecto de la terapia psicoeducativa de afrontamiento sobre la calidad de vida y autoeficacia en las adolescentes embarazadas-Instituto Materno Perinatal Lima
- Comparar el efecto de la terapia psicoeducativa de afrontamiento sobre las variables físicas en las adolescentes embarazadas- Instituto Materno Perinatal Lima

### **1.4. Justificación**

El proceso reproductivo en la adolescencia se expresa mayormente con el inicio temprano de las relaciones sexuales con resultados adversos como los embarazos no planeados o no deseados, situación que el sistema de salud y la sociedad no ofrecen respuestas claras.

Es por ello que el presente trabajo pretende conocer qué efecto tienen las estrategias de afrontamiento aplicado a las adolescentes embarazadas en su calidad de vida, con el fin de analizar aquellas intervenciones que tengan

mayor eficacia en este grupo específico de madres adolescentes del departamento de Lima.

La UNICEF como institución que vela por el cuidado integral del niño y el adolescente, ha determinado que cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término un embarazo, ignorándose el número de abortos; los que constituyen una situación de riesgo social y biológico cuando se asocia a un menor nivel socio-económico, a deserción escolar; a baja autoestima, ausencia de un proyecto de vida diferente de la maternidad, falta de una educación sexual adecuada, no-utilización de métodos anticonceptivos, uso de sustancias ilegales, abuso sexual y/o físico, y a una pareja inestable o ausente, por lo que algunos estudiosos como es el caso de Alfaro Gambini, (2004) en Colombia en donde ha observado que las principales acciones de la solución desarrollado frente a dicho problema son las dirigidas hacia la prevención del embarazo en adolescentes y consecuentemente el control de la morbilidad infantil como el bajo peso al nacer y la prematuridad y del mismo modo a la disminución de la mortalidad perinatal e infantil. Para el logro de estos objetivos han puesto en marcha a organizaciones civiles y gubernamentales a través de campañas y programas de prevención que, desafortunadamente no han tenido el impacto deseado, ya que siguen incrementando los casos de embarazos no deseados entre los adolescentes, inclusive en quienes tienen acceso a la información necesaria para evitarlos. (1)

Perinatal de Lima, Se observo que aproximadamente un 12 % de las madres adolescentes perdieron la continuidad de sus estudio escolares , perdida de la economía de la salud y del desarrollo humano.

### **Social**

Porque debemos apoyar a las madres/padres adolescentes para que comprendan las responsabilidades de ser padres, para que completen su educación, y se capaciten para ingresar al exigente mercado laboral de hoy, evitando así la exclusión social. Esto reviste gran importancia, ya que el aislamiento social y la pobreza, vividos desde una edad temprana, contribuyen a perpetuar el subdesarrollo de la población de un país, generando una baja calidad de vida. El desarrollo económico y social del país depende en gran parte de contar con una población educada, saludable, económicamente productiva y para esto debemos comenzar por nuestros jóvenes.

### **Práctica**

Porque permite mediante la prevención evitar un nuevo embarazo durante la adolescencia, ya que las embarazadas y madres adolescentes representan una población de alto riesgo, claramente identificable y accesible para la intervención propuesta.

Los resultados sugieren un positivo impacto del programa. Confirmaron un incremento significativo de la afectividad, de las conductas sociales asertivas, de las conductas de liderazgo y de las estrategias cognitivas asertivas de solución de situaciones sociales conflictivas, así como una disminución de las conductas de ansiedad-timidez. Además, los datos sugieren que la experiencia fue especialmente significativa para los adolescentes con bajo nivel de desarrollo social durante el pretest. Este antecedente experimental del impacto de un programa en la afectividad a través de las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales, cuyos resultados fueron positivos, nos guiaron en la elaboración de la estructura de las sesiones educativas del presente estudio. (7)

**GONZÁLEZ Y OTROS** (2002) España. Estudió la relación entre el **“Afrontamiento y el bienestar psicológico, así como la incidencia de la edad y el género”** centrándose el estudio en las Preocupaciones principales de los problemas educativos (27.8%), las pérdidas afectivas (17.7%), los problemas personales (16.1%) y los familiares (15.1%). Las preocupaciones en problemas legales, sexuales y paternos fueron simbólicas (4.4%). Además los resultados mostraron en este estudio escasa relación entre la edad y las variables consideradas. Observaron relaciones positivas y significativas entre la edad y el estilo improductivo en estrategias como culparse a sí mismo e intentar reducir la tensión. En las mujeres, han obtenido relaciones negativas y significativas en la estrategia de hacerse ilusiones (estilo improductivo) y

buscar pertenencia (estilo en relación con los demás). En cuanto al género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones. El nivel de bienestar psicológico estableció diferencias más claras respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas que la edad y el género. (8)

## **2.2 Bases Epistémicas**

### **La calidad de vida en el marco de los derechos humanos**

Los derechos humanos son un marco mínimo de convivencia humana, legitimado internacionalmente y en constante evolución. Son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción de alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Donde se reconocen derechos como la libertad, igualdad, dignidad de la persona, entre otros. Así como el derecho a la educación y a la salud. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

En cuanto a la calidad de vida Consuelo refiere que dentro del marco de los derechos humanos, es necesario rescatar que las violaciones de éstos, impactan directamente en la salud y por ende en la calidad de vida de las personas.

Por su parte Garza indica que las confesiones explícitas de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, exponen que los intereses, la salud y el bienestar de las personas-considerado multidimensional - deberían tener

prioridad con respecto al interés exclusivo de alguna ciencia o una sociedad específica.

Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología, Álvarez refiere que estos son responsables de fomentar el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de niños y adolescentes, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano; asimismo, fomentar el acceso a una alimentación y agua adecuada, viviendas apropiadas; mejoras de las condiciones de vida y del medio ambiente; supresión de la marginación y exclusión de las adolescentes por cualquier motivo; y la promoción del desarrollo personal en todos los niveles. Dentro de este mismo ámbito es imprescindible el ejercicio del derecho a la educación y apoyo de cualquier índole cuando una situación dada lo amerite. La implicancia del reconocimiento de la supremacía de los derechos humanos en el embarazo en la adolescencia, es sin duda una condición que intensifica el entendimiento real del significado integrador de la calidad de vida ante estas circunstancias.

### **Teoría general de sistemas en el modelo de la calidad de vida según Bertalanffy Von**

La Teoría General de Sistemas propuesta por Bertalanffy Von surge como propuesta de un enfoque convergente de los disímiles descubrimientos científicos. Se distingue por su perspectiva integradora, donde se considera importante la interacción y los conjuntos que a partir de ella brotan. Según su

meta, lo que intenta es evitar la superficialidad científica que ha estancado al conocimiento de las ciencias. Es así que, la inclinación a estudiar sistemas como entidades, más que como conglomerado de partes, es conveniente para analizar fenómenos estrechamente relacionados y examinar segmentos de la naturaleza cada vez mayores. La indagación de sistemas pretende un esfuerzo cooperativo entre las diversas disciplinas científicas y la ingeniería, sin más interés que lograr una mayor comprensión del conocimiento humano. En este sentido, de acuerdo a Schalock, Verdugo incorporar la Teoría de Sistemas en la medición de la calidad de vida, destaca la visión holística de su conceptualización, que representa la totalidad del sistema social, conjunto de individuos que actúan de manera interrelacionada entre sí formando un todo. Por tanto el sistema social, dentro del marco del modelo ecológico, según plantea Robert Ammerman fundamentan que las personas no están aisladas, sino que se encuentran influidos por ellos mismos destacando su personalidad, por la familia, los amigos, la comunidad y la sociedad en general. Schalock, Verdugo organizan al sistema social, en un triple sistema: microsistema, mesosistema y macrosistema. Esta forma de clasificación permite desarrollar programas de intervención y planificación. Así también permite la evaluación de los aspectos personales del individuo (micro), los funcionales del ambiente que le rodea (meso), y los indicadores sociales (macro).

### **La resiliencia, la promoción de la salud y el desarrollo humano**

La salud y el desarrollo juvenil son elementos clave para el avance social, económico y político. Sin embargo, los adolescentes se enfrentan a un mundo

globalizado cuyos cambios sociales, políticos y económicos les afectan a ellos y a sus familias. Por otra parte, la inequidad y la pobreza siguen dificultando su desarrollo humano, en este mismo sentido Silber, Maddaleno propone un nuevo marco conceptual basado en la resiliencia y en la promoción de la salud y el desarrollo humano, en las lecciones aprendidas de programas exitosos para adolescentes y en la importancia de la participación juvenil. La resiliencia se define como la capacidad humana de salir fortalecido ante la adversidad. Este concepto ha replanteado la forma de mirar la adolescencia. Hoy sabemos que la vida de los adolescentes no está predeterminada por las experiencias de la infancia; existen flexibilidad y resiliencia que les otorgan una segunda oportunidad. En tanto la importancia de la familia como impulsora directa de la resiliencia, requiere mejorar las intervenciones que promueven la resiliencia, sin olvidar las enfermedades, las incapacidades físicas y mentales, y el enfoque de riesgo. Según Palacios el desarrollo humano es entendido como el proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano.

### **Teoría del desarrollo cognitivo en el aprendizaje y en el empoderamiento hacia la calidad de vida según Piaget**

Piaget, en la década de los treinta postuló que el desarrollo cognitivo en los seres humanos progresa a lo largo de una serie de etapas, como resultado de la interacción permanente entre los factores biológicos y la experiencia, y que en cada una de ellas, la persona adquiere capacidad de comprender el mundo

adopción del comportamiento en cuestión, y está considerando sus costos y beneficios.

Cuarta etapa: El individuo ha decidido no realizar el comportamiento protector, por alguna de estas razones, al hacer el balance de costos y beneficios percibe la acción protectora de salud más costosa que provechosa o resuelve no adoptar el comportamiento de salud porque se cree que el riesgo no le afectará (invulnerabilidad percibida). Esta etapa constituye un paso fuera de la secuencia hacia la acción.

Quinta etapa: Ha decidido realizar el comportamiento protector, pero todavía no comienza, porque no vence obstáculos a la práctica (tiempo, esfuerzo, dinero).

Sexta etapa: Acción del comportamiento saludable. La persona logra iniciar el comportamiento protector que se propuso a sí misma. Y la séptima etapa: Mantenimiento del comportamiento. No solamente ha iniciado la práctica del comportamiento de salud, sino que lo ha convertido en un hábito, superando los obstáculos a su práctica.

Por su parte Velandia refiere que la adopción de nuevas precauciones debe ser vista como un proceso dinámico, con muchos determinantes entre los que se incluye la competencia de la precaución con las exigencias de la vida, y la aparición tanto de costos como de beneficios a lo largo del tiempo, además este investigador hace notar la forma en que el comportamiento real de toma de decisiones difiere del ideal racional implícito en la valoración de expectativas y en las teorías sobre la utilidad de los comportamientos saludables.

## **1.5. Bases Conceptuales**

### **Calidad de vida en la adolescente embarazada**

#### **Calidad de vida: Evolución y conceptos**

- **Evolución de la calidad de vida**

Arostegui describe que en un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

En 1992, Borthwick asume el concepto de calidad como condiciones de vida de una persona, satisfacción experimentada con dichas condiciones vitales, combinación de componentes objetivos y subjetivos.

En 1995, Felce, Perry identifican diversos modelos conceptuales de calidad de vida.

Levi, en el 2001, refiere que si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos, la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

- **Concepto de la calidad de vida**

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Español (2000) define calidad como ‘el conjunto de cualidades o propiedades que caracterizan a una persona.

Para la OMS la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Cardona, Estrada, Agudelo se refieren a la calidad de vida desde un punto de vista individual o privado considera la percepción, sentido de vida, utilidad, valoración, felicidad, satisfacción de necesidades y demás aspectos subjetivos que son difícilmente cuantificables, pero que hacen que una vida tenga calidad con responsabilidad moral.

### **Calidad de vida en la adolescente**

Fabelo refiere que la calidad de vida es un estado que se va conformando como resultado de la valoración que hace el adolescente de su vida, evaluada desde su integridad o en aspectos particulares de ella-sobre la base de su subjetividad, determinada por un condicionamiento externo, pero que se configura desde su estructura y funcionamiento de manera única e irrepetible.

Vargas, Ibáñez, Cortés, Ramírez, Cabrera refieren que la práctica de una buena calidad de vida en el adolescente previene conductas de riesgo como el abuso de drogas o la violencia infanto-juvenil. Por ello es que la calidad de

familia, los grupos de pares y otras instituciones sociales, asimismo contar con información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de habilidades prácticas, vocacionales y de vida; tener acceso equitativo a los servicios de educación, salud, trabajo-empleo, justicia y bienestar, tener visiones de futuro, sentido de pertenencia y oportunidades sociales y económicas en el seno de sus comunidades.

Verdugo considera a la familia como espacio de oportunidades y estimulación para el crecimiento y desarrollo de los adolescentes; a la escuela como ente promotor de habilidades para la vida con la finalidad de brindar oportunidades para desarrollo de destrezas cognitivas, relaciones sociales y autoestima.

#### **Implicancias del embarazo en la calidad de vida del adolescente.**

Agudelo, Y Otros refieren que el embarazo de la adolescente tiene implicaciones a nivel psicológico, familiar y social. Esto se expresa en la tendencia a abandonar el estudio por falta de dinero, por vergüenza del embarazo o por presión de la familia o del colegio. Con frecuencia no cuentan con el apoyo de la pareja ni de la familia, están más expuestas a un nuevo embarazo porque carecen de información adecuada, al acceso a los servicios de salud de calidad y de dinero.

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

### **El estrés y sus implicancias en la salud**

El estrés predispone a padecer infecciones del tracto respiratorio superior y otras infecciones virales y bacterianas, así como posiblemente a la exacerbación de enfermedades autoinmunes;

Villalobos refiere que las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés pueden clasificarse en dos grandes grupos: Enfermedades por estrés agudo (ulcera por Estrés, estados de Shock, neurosis Post Traumática) y patologías por estrés crónico (dispepsia, gastritis, ansiedad, accidentes, frustración, etc.),

Santos hace referencia que al debilitarse las defensas del organismo las actividades del cuerpo se desaceleran y pueden cesar totalmente, generando problemas psicológicos, una enfermedad física o incluso la muerte. Esta comprobado científicamente que el estrés produce una disminución notable de las defensas en el organismo, por lo que una persona que adolece continuamente estrés está expuesta a sufrir cualquier tipo de enfermedades ocasionadas por bacterias o virus y esto es más grave en sociedades desarrolladas, en donde el medio ambiente es vulnerable y se encuentra altamente contaminado.

### **El estrés frente a la adolescente embarazada**

Olza refiere que la hipótesis de que la ansiedad o el estrés materno durante el embarazo afectan al neuro desarrollo del bebé es antigua, pero sólo recientemente se han realizado estudios lo suficientemente amplios para contrastarla. Los hallazgos han producido un cambio significativo en la psiquiatría perinatal se ha visto que el efecto de la ansiedad materna en el

embarazo probablemente sea mucho más grave y duradero en el bebé de lo que se pensaba y sus efectos sobre el neuro desarrollo más severos que los de la depresión posparto.

Burín refiere que durante esta etapa ocurren profundos cambios biopsicosociales, que conllevan en la crisis de la adolescencia. Definimos a la crisis como una ruptura de un equilibrio anterior, acompañada por una sensación subjetiva de padecimiento, siendo que en la etapa de la adolescencia, de tránsito hacia la adultez, que no por ser de tránsito es corta o pasajera, tiene que ver con un período revolucionario en la vida del individuo: la capacidad de dar vida.

Giverti refiere que. la maternidad en la adolescente involucra a dos seres, una niña-madre, que no ha completado su desarrollo y un futuro hija/o en gestación; ambos necesitados de maternaje, por lo cual es necesario sostener emocionalmente a esta joven, cubrir ese maternaje, para que ella a su vez pueda ejercer su propia función materna.

### **Variables emocionales en las adolescentes embarazadas**

#### **Ansiedad**

Stern refiere que en el segundo semestre del embarazo es donde aparece la ansiedad porque se empieza a sentir la formación de una vida dentro del organismo del adolescente, la cual en muchos casos termina en un estrés agotador y desgastante tanto para la adolescente como para el bebe.

Olza ha observado que las madres con ansiedad prenatal tienen más cesáreas programadas y anestesia epidural. Hay una asociación entre la ansiedad prenatal y el incremento de las consultas y uso médico.

Johnson, Slade afirman de que no existe una correlación general entre ansiedad y complicaciones obstétricas, pero sí entre tipos específicos de ansiedad, como el estrés psicosocial, el funcionamiento familiar o el miedo al parto y algunas complicaciones como el parto prolongado o la cesárea.

### **Variables personales o disposicionales**

Estas variables modulan las reacciones del individuo a las situaciones estresantes. Se han descrito variables que podemos clasificar en dos grupos: Potenciadoras de la salud y favorecedoras de la enfermedad. A continuación se detallan algunos de ellos.

- **Autoeficacia**

Auerbach refiere que la autoeficacia es la capacidad de reaccionar analizando lo que la situación demanda, pues una elevada autoeficacia permite solucionar rápidamente el problema y mantener la activación producida por el estrés el menor tiempo posible.

Teoría Cognitiva Social (TCS) de Bandura el cual considera que la autoeficacia es una variable importante que ayuda a predecir la adquisición de las habilidades motoras.

deprisa. Del mismo modo el ejercicio durante 30 minutos o más cada día a una actividad física moderadamente intensa hacer ejercicio durante el embarazo es sumamente beneficioso, para prevenir el sobrepeso, reducir los problemas asociados al embarazo, como el dolor de espalda, las piernas hinchadas y el estreñimiento, dormir mejor, aumentar la energía, mejorar el aspecto físico, prepararse para el parto, reducir el tiempo de recuperación posparto.

Dimitrov afirma evitar sustancias por ser dañinos para la salud de la madre así como la del bebé, se encuentran el alcohol puesto que es una de las causas más frecuentes de anomalías congénitas mentales y físicas, provoca problemas más graves en un feto en proceso de desarrollo que la heroína, la cocaína o la marihuana; el feto tiende a desarrollar una concentración de alcohol en sangre elevada, que permanece en su organismo durante períodos de tiempo más largos que en el organismo de la madre.

La madre fumadora pasa nicotina y monóxido de carbono a través de la sangre al bebé que se está formando en su vientre.

Por otro lado el abuso de la cafeína también se ha asociado a mayor riesgo de aborto, de modo que lo más sensato es que limite, o mejor que evite, el consumo cafeína.

### **Apoyo social**

Sandín, Chorot aluden que el apoyo social tiene un papel mediador entre los sucesos estresantes y diversas situaciones problemáticas, reduciendo el impacto del estrés. La existencia de bajo apoyo social se relaciona con una mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad física y psicológica.

Son dos las teorías que intentan explicar la relación entre apoyo social y bienestar físico y/o psicológico,

Palmero, García En primer lugar tenemos al modelo de los efectos directos del apoyo social, según el cual éste atenúa directamente el riesgo de padecer cualquier enfermedad y el segundo es el modelo de los efectos amortiguadores del apoyo social, según el cual la percepción de apoyo modula una evaluación más positiva de la situación, evitando que se desencadene la respuesta fisiológica de estrés o que, en caso de que ésta se dé, la intensidad de la misma sea menor.

### **Locus de control**

El concepto de locus de control según Parkes se refiere al grado con que el individuo cree controlar su vida.

Manstead, Van el control, es una de las variables más importantes en cuanto al manejo de las situaciones de estrés. Tener o percibir algún control sobre las situaciones o eventos estresores, aumenta el grado de tolerancia al estrés y reduce la severidad de sus efectos negativos.

Los sujetos con un locus de control externo, atribuyen los resultados obtenidos a fuerzas externas que están fuera de su control; mientras que los sujetos con un locus de control interno, establecen una relación directa entre sus comportamientos y los refuerzos y resultados que obtienen.

ser inestables, mientras que el mantenimiento de las habilidades, una vez consolidadas, depende fundamentalmente del comportamiento del que las domina y utiliza asidua o periódicamente.

### **Estrategia de afrontamiento.**

#### **El afrontamiento: Evolución y concepto**

Es el conjunto de acciones que aplica la persona para hacer frente a las demandas estresantes, a la activación fisiológica o al malestar emocional.

Lazarus, Goldman definen el afrontamiento como, aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

López lo primordial en el análisis del afrontamiento es la descripción de lo que piensa y hace el individuo cuando realiza esfuerzos dirigidos a afrontar, y su vínculo con las emociones.

#### **Teoría del afrontamiento de Erica Frydemberg**

Define al afrontamiento como «las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas».

Frydemberg, Lewis refieren que existen diversidad de estrategias de afrontamiento, entre ellas positivas y negativas, sin embargo, la adopción del estilo negativo parece estar más en ventaja que el estilo positivo, pues se ha incrementado los casos de adolescentes incapaces de superar y adaptarse a

situaciones estresantes, llegando a experimentar depresión profunda e inclusive el suicidio.

Frydemberg elaboró un instrumento final denominado Escala de afrontamiento de Adolescentes, que contiene 80 elementos (79 ítems cerrados y 1 abierto), agrupados en 18 escalas, las cuales reflejan 18 estrategias de afrontamiento. En el último elemento (abierto) se le pide al sujeto que describa conductas que sean diferentes de las 79 anteriores ya citadas. Las 18 estrategias propuestas son: buscar apoyo social, centrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema, autoinculparse, reservarlo para sí, apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional, distracciones relajantes y distracciones físicas.

Carver refiere que las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes constituyen las estrategias de afrontamiento. Se puede pensar en una diferenciación entre estas estrategias y los denominados mecanismos de defensa; aquellas operan en el nivel consciente en tanto que estos son básicamente inconscientes. Los modos de afrontamiento de la vida cotidiana adquieren particular relevancia en la adolescencia, por ser una etapa en la que se producen sustanciales transformaciones en la personalidad: la definición de la identidad, la elección de pareja, de profesión o de trabajo, cambios que exigen a los jóvenes la puesta en marcha de variados recursos.

Entendemos a la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. Las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según los estímulos que actúen. El Afrontamiento sería, entonces, un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito.

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

### **Intervenciones psicoeducacionales**

El enfoque psicoeducativo implica proporcionar al paciente/familia información básica sobre su enfermedad, síntomas característicos y diversas estrategias de afrontamiento. Esta primera categoría de tratamientos incluye compartir información básica con el paciente, a través de libros, artículos y otros documentos de interés que permita adquirir al paciente nociones esenciales de conceptos relacionados con el trastorno como conocimientos de psicofisiología, introducción al concepto de respuesta de estrés, conocimientos básicos relacionados con el problema. A nivel familiar incluye

la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno. Este enfoque psicoeducativo, a nivel familiar, parece reducir considerablemente las sensaciones de estrés, confusión y ansiedad que suelen producirse dentro de la estructura familiar y que pueden llegar a desestructurarla, ayudando de manera significativa en la recuperación del paciente.

Braden y Sohng refieren que este tipo de intervenciones se basan en programas de entrenamiento, dirigidos a proporcionar información sobre los síntomas y opciones terapéuticas o a enfatizar en respuestas frente a la enfermedad en la vida diaria, y en cursos de autoayuda.

### **Intervenciones psicoterapéuticas**

Foxbury, Bosley, Ryle, Sonksen, Judd estas intervenciones incluyen el consejo telefónico y las terapias de grupo cortas basadas en el concepto de la psicoterapia de grupo breve soporte-expresiva.

### **Terapia cognitivo-conductual.**

El nombre de terapia cognitivo-conductual se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos, la terapia cognitivo conductual se basa en el supuesto subyacente

de que las emociones y las conductas (lo que sentimos y lo que hacemos) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones (de lo que pensamos) y de que, en consecuencia, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar. Kazdin, Meichenbaum y Suin, Richardson distinguieron 3 grandes grupos de terapias cognitivo conductuales: Terapias centrada en crear habilidades para enfrentarse y manejar las situaciones problema, terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva y terapias centradas en modificar el modo de afrontar situaciones para las que el sujeto no tiene solución.

## **El embarazo en la adolescencia**

### **Adolescencia y sexualidad**

Katchadourian biológicamente el adolescente es prácticamente un adulto, tiene la capacidad para reproducirse y puede pensar en términos de adulto, no obstante, socialmente no es niño pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasará un largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y ser autosuficiente.

OPS, OMS manifiestan que la adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

De manera general podemos mencionar de acuerdo con Monroy que el embarazo en adolescentes comprende aspectos emocionales, psicológicos, físicos y aspectos sociales; los que a continuación se detallan:

- **Aspectos emocionales.**

Stern refiere que en el primer trimestre de embarazo predomina la sorpresa, angustia, la preocupación pero sobre todo la negación. Paralelamente unos malestares físicos pueden intervenir en el estado de ánimo. Suelen a aparecer temores con respecto a la permanencia de la gestación. Por eso muchas adolescentes eligen no comunicar su estado, hasta que es casi imposible esconder su situación. Es común que se repliegue el deseo sexual y que la adolescente este más sensible. En el tercer trimestre del embarazo se trata de una etapa de muchos cambios: no sólo se modifica el cuerpo del adolescente, sino también su sensibilidad. Es frecuente que su estado de ánimo se altere sin mayores razones. Y aunque el embarazo no es una enfermedad trae como consecuencia muchos cambios que demandaran cambios especiales para garantizar el bienestar de la adolescente.

- **Aspectos psicológicos**

La primera y la importante tarea psicológica a la que los adolescentes en desamparo se enfrentan es la aceptación al embarazo. Se evade la responsabilidad de un nuevo ser, por lo que existen un bombardeo de ideas y pensamientos en relación al mismo. En al mayoría de los casos la respuesta

que se obtiene durante todo el embarazo no hace más que causar daño al adolescente como al bebe que esta por nacer. Todos los sentimientos que surjan a partir de experiencias, comentarios, situaciones y momentos recaerán totalmente sobre el nuevo ser que esta por nacer.

- **Aspectos Físicos**

Villa refiere que la mayoría de las adolescentes están más cansadas de lo habitual al inicio del embarazo, esta situación es totalmente comprensible, ya que la adaptación no es sencilla y su cuerpo tiene mucho que hacer durante al primera semana. Deben por ejemplo, producir más sangre para transportar los nutrientes al feto. De igual manera, en esta etapa se produce la integración de la nueva imagen corporal, la cual contribuye a la valoración de sí mismo, y el adolescente desarrolla un conjunto de sentimientos y actitudes hacia su propio cuerpo.

- **Aspectos sociales**

Torres refiere que en cualquier edad el embarazo es un proceso psicosocial de gran importancia. Para la adolescente con frecuencia va acompañado de una serie de situaciones adversas.

En este sentido OMS considera el embarazo en la adolescencia como un grave problema de salud pública que aumenta año tras año en todos los países. En esta etapa de la vida se asocia con factores relacionados con bajo nivel

socioeconómico, inestabilidad de la familia e influencia de los compañeros en la iniciación de la vida sexual activa.

Kaplan, Sadoc, Grebb pone de relieve la desigualdad social, ya que no todas las jóvenes tienen acceso a los servicios de salud, y por tanto están más expuestas a enfermedades y muerte por causas que se pueden prevenir y curar.

### **Factores de riesgo en el embarazo en adolescentes**

- **Factores personales**

**Edad de la menarquía:** La edad promedio para la primera menstruación de las mujeres se sitúa en los primeros 12,3 años, por lo que se encuentran en posibilidades de ser aptas para la reproducción a temprana edad.

**Deseo de independencia:** La adolescente desea demostrar que puede tomar decisiones y una de ellas es el iniciar la actividad sexual.

**Ignorancia de su anatomía y fisiología:** Los adolescentes desconocen la información básica de todo lo que le compete a su cuerpo, funcionamiento y sexualidad, porque la educación que reciben no es la más apropiada.

**Desconocimiento de métodos preventivos:** En salud reproductiva los adolescentes no conocen los métodos preventivos del embarazo y enfermedades de transmisión sexual, incluso los de uso más corriente, como el condón, que rechazan, por considerarlo inadecuado.

• **Factores sociales:**

Sáez detalla los factores sociales en:

**Liberación de costumbres:** El sexo fuera del hogar es un tema de libre comentario y ejercicio, la mujer se ha liberado, e incluso, en ocasiones es la que presiona para el inicio de la relación sexual.

**Estrato social:** El embarazo adolescente es un problema que abarca todos los niveles sociales, pero es más frecuente en el estrato social de menos recursos económicos.

**Presión grupal y de pareja:** La adolescente con el objeto de ser aceptada por su grupo, puede iniciar actividad sexual sólo porque lo hacen todas sus amigas y la mayoría de las veces no se encuentra preparada física ni psicológicamente para una relación satisfactoria. En otras ocasiones, es la pareja con otras necesidades el que presiona para tener relaciones sexuales.

**Carencia de oportunidades reales:** En países subdesarrollados, actualmente existe un alto porcentaje de población en pobreza crítica, las adolescentes no aprecian en su perspectiva otra factibilidad de realización más que el hecho de convertirse en madre.

**Influencia en los medios de comunicación social:** Existe hoy la tendencia de utilizar el sexo permanentemente en publicidad, revista, tv; constituyendo un bombardeo erótico al cual están sometidos continuamente los adolescentes.

**Falta de políticas coherentes:** El embarazo en adolescentes a pesar de todas sus repercusiones: biológicas, psicológicas, sociales y demográficas, constituyen un problema de salud pública, que hasta el momento no recibe el apoyo de los niveles de decisión pertinentes con políticas y recursos necesarios para enfrentarlo.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p style="text-align: center;"><b>CALIDAD DE VIDA</b></p>	<p>Se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.</p>	<p>Afrontamiento de la calidad de vida en la adolescente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asimila la situación del embarazo</li> <li>• Realiza actividades normales para el logro de objetivos y metas</li> </ul>	<p>Alta = 2 Mediana = 1 Baja = 0</p>
		<p>Frecuencia de Control del embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acude al control de Embarazo c/ 3 meses</li> <li>• Acude al control de Embarazo c/ 2 meses</li> <li>• Acude al control de Embarazo c/ 1 meses</li> </ul>	<p>Control regular = 1 Control irregular = 0</p>
		<p>Autoeficacia general</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalece la autoestima, estrés y ansiedad.</li> <li>• Incrementa la motivación y rendimiento</li> <li>• Fortalecimiento del Bienestar</li> </ul>	<p>Escala de Baessler, Schazer: Alta = 25-40 Mediana = 11-24 Baja = 10 &lt;</p>

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1 Tipo de investigación

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

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

Según el período y secuencia del estudio; el tipo de estudio fue **longitudinal** porque se estudió las variables en varios períodos de tiempo.

#### 4.2 Diseño de la investigación

##### Diseño de estudio

El diseño de investigación fue de tipo antes y después con dos grupos, (Grupo experimental y Grupo control) como se muestra a continuación:

##### DIAGRAMA:

GRUPO	INTERVENCIÓN	DESPUÉS
G <sub>1</sub>	O <sub>1</sub> I	O <sub>3</sub> O <sub>5</sub> O <sub>7</sub>
		≠
G <sub>2</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>4</sub> O <sub>6</sub> O <sub>8</sub>

**Donde:**

**G<sub>1</sub> y G<sub>2</sub>:** Grupo de estudio

**I:** Intervención (intervención psicoeducativa)

**-:** Sin intervención (cuidados habituales)

**O<sub>1</sub> y O<sub>2</sub>:** Observación basal, antes de la intervención

**O<sub>3</sub> y O<sub>4</sub>:** Observación postterapia

**O<sub>5</sub> y O<sub>6</sub>:** Observación postterapia, al mes

**O<sub>7</sub> y O<sub>8</sub>:** Observación postterapia, a 2 meses

#### **4.3 Población y muestra**

##### **Población**

Estuvo constituida por todas las adolescentes embarazadas que acudieron al Servicio Materno–Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima. En el periodo de Octubre a Diciembre del 2008 hasta Abril del 2009. Siendo un total de 58 madres adolescentes.

##### **Características de la población:**

**Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio.

##### **Para el grupo experimental:**

Las adolescentes embarazadas comprendidas entre 15 a 19 años de edad, que sean atendidos en el Servicio Materno–Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima.

Primíparas

Con embarazo del primer trimestre.

Con algún grado de escolaridad.

Que tuvieron la disposición de participar en el estudio y se comprometían a asistir a las sesiones.

Que tuvieron algún apoyo social (Familiar, amigos, personal de salud, etc.).

**Para el grupo control:**

Adolescentes embarazadas comprendidas entre 15 a 19 años de edad que acuden al Instituto Materno Perinatal de Lima.

Primípara

Con embarazo del primer trimestre.

Con algún grado de escolaridad.

Que tuvieron la disposición de participar en el estudio

Que tuvieron algún apoyo social (Familiar, amigos, personal de salud, etc.).

**Criterios de exclusión:** Se excluyeron del estudio:

Las gestantes mayores de 21 años:

Múltiparas.

Las gestantes a partir del segundo trimestre.

Que tuvieron alguna complicación del embarazo.(eclampsia, hemorragias, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa)

Con alguna limitación de tipo cognitiva para asistir a las sesiones programadas

Que no aceptaron de participar en el estudio ni asistir a las sesiones, (rechacen el consentimiento informado).

**Ubicación de la población en espacio y tiempo:**

**Ubicación en el espacio.** El estudio se llevó a cabo en los ambientes del auditorio del Servicio Materno–Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima.

**Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue durante el período de octubre a diciembre del 2008 a abril del 2009.

**Muestra**

**Cálculo del tamaño de la muestra**

**Unidad de análisis:** Cada adolescente embarazada.

**Unidad de muestreo:** Unidad seleccionada fue igual que la unidad de análisis.

**Marco muestral:** Fue de la relación de adolescentes embarazadas que acudieron al Servicio Materno–Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima.

**Tamaño de muestra**

El cálculo de la muestra se obtuvo mediante la fórmula siguiente:

$$n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

**Donde:**

$z\alpha = 1.96$  para un valor nivel error  $\alpha = 0.05$  (5%)

$z\beta = 0.84$  para un valor nivel error  $\beta = 0.20$  (20%)

$p_1 = 88,7\%$  de eficacia de la intervención educativa

$q_1 = 11,3\% (1-p_1)$

$p_2 = 57,9\%$  de eficacia de los cuidados habituales

$q_2 = 42,1\% (1-p_2)$

La solución del cálculo del tamaño muestral, se realizó por medio del cálculo automático en el programa Excel, encontrando lo siguiente:

DATOS:							
Siglas	Confiabledad (%)	Valor (2 colas)					
Za	95	1,96					
Zb	90	0,842					
p1	88,65	0,89					
q1	11,35	0,11					
p2	57,9	0,58					
q2	42,1	0,42					
SOLUCION:							
n =		1,96	0,842	2,802	7,851204	0,10061775	0,243759
		0,31	0,09455625				
n =		7,851204	0,34437675				
		0,09455625					
n =		2,703772117					
		0,09455625					
n =		28,6					
Muestra 01 =		29					
Muestra 02 =		29					

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

### Tipo de muestreo

Se utilizó un muestreo probalístico tipo aleatorio simple, con el procedimiento de asignación de sujetos a tratamientos, siendo:

Asignación de sujetos a tratamientos									
Número de tratamientos: 2									
Tamaño de muestra: 58									
Tratamiento 01: (Grupo Experimental)									
Número de los sujetos seleccionados:									29
2	6	7	8	10	11	14	17	18	22
23	25	32	33	34	35	38	39	40	43
44	46	49	50	51	54	55	56	57	
Tratamiento 02: (Grupo Control)									
Número de los sujetos seleccionados:									29
1	3	4	5	9	12	13	15	16	19
20	21	24	26	27	28	29	30	31	36
37	41	42	45	47	48	52	53	58	

#### 4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

##### Técnicas

Las técnicas empleadas fueron: La encuesta , entrevista, y la observación directa porque se observo en cada una de las adolescentes embarazadas el déficit de conocimiento sobre el afrontamiento del embarazo, el análisis documental porque se tuvo la oportunidad de revisar tesis, artículos relacionado con el embarazo en la adolescencia, la entrevista y el test con sus respectivas guías.

**Instrumentos.- Como instrumentos se utilizó:** El cuestionario, El inventario de vulnerabilidad al estrés, El inventario de ansiedad, La escala de calidad de vida, La escala de afrontamiento y la escala de autoeficacia

### **Validez de los instrumentos**

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron en la presente investigación, fueron previamente sometidos a la validación por los jueces en su versión original y en las traducciones por los autores propios u otros investigadores; así tenemos: el inventario de vulnerabilidad al estrés que fue elaborado en un inicio por Beech, Burns, Sheffield en 1982, posteriormente fue traducido al español por Robles, Peralta, Navarrete quienes efectuaron la validez en el contexto estudiado. El inventario de depresión de Beck: este, fue elaborado por Beck, Mendelson, Mock en 1961 y traducido al español por Vázquez, Sanz en 1997, este inventario obtuvo niveles elevados de validez. El inventario de ansiedad (STAI-R) creado por Spielberg, Gorsuch, Lushene obtuvo niveles altos en la valoración de los ítems. La escala de calidad de vida, tipo Likert creado por Boyer, Earp, quienes lo tradujeron al español. Esta versión, no contaba con la validación previa, posteriormente fue adaptada al español hablado en Perú mediante modificaciones mínimas en la redacción de algunos ítems por razón del consenso de un panel de investigadores con experiencia en la construcción y validación de cuestionarios con el fin de facilitar su comprensión en las adolescentes embarazadas. La escala de estrés fue validada en su versión original por Polonski, Fisher, Earles, Duld. Posteriormente en el 2005 fueron validados por diferentes investigadores consiguiendo altos niveles en la correlación de los ítems y la escala de autoeficacia general que fue diseñado por Baessler, Schazer en 1996, y validado en su consistencia interna por el mismo autor.

Para fines de aplicación en la investigación que se desarrolló, la validación de los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos al juicio de

expertos quienes determinaron la pertinencia de los instrumentos diseñados en coherencia con los objetivos que se propuso alcanzar en el estudio de investigación. En efecto, los instrumentos fueron validados por diez expertos, a saber: dos expertos en metodología, dos expertos en los programas de adolescente y embarazos; dos expertos en psicología clínica, dos expertos en pedagogía y dos expertos en estadística.

Cada uno realizó una evaluación de las afirmaciones del instrumento, quienes determinaron el grado de ajuste y el factor propuesto para la posterior aplicación en el piloto.

Los expertos en metodología y estadística dictaminaron si la formulación de los reactivos contenidos en los formularios es pertinente para el caso de estudio. Los expertos en psicología clínica examinaron la temática del afrontamiento y las variables de la calidad de vida-autoeficacia. Los otros expertos conocedores de la temática sobre la cual se investiga, opinaron si los elementos contenidos en el instrumento son pertinentes para obtener la información suficiente que contribuya al desarrollo de la investigación.

### **Confiabilidad de los instrumentos**

Los instrumentos presentados en esta investigación ya tuvieron un análisis de confiabilidad por sus respectivos autores, tal es así que: El inventario de vulnerabilidad al estrés fue analizado en su fiabilidad por sus autores y en los contextos estudiados obtuvieron un nivel alto ( $\alpha=0,92$ ). El inventario de depresión de Beck cuyos autores observaron una alta consistencia interna tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de alrededor de 0,92. El inventario de ansiedad (STAI-R) cuya

confiabilidad por Alpha de Cronbach alcanzó un valor de 0.70. La confiabilidad de la escala de estrés en relación a las adolescentes embarazada fue estimada con un coeficiente Alpha de Cronbach equivalente a 0,9141 por Polonski, Fisher, Earles, Duld en el 2005, razón por lo que se conservaron los ítems originales. La escala de autoeficacia general que fue probada en su fiabilidad por los mismos autores mediante el coeficiente Alpha de Cronbach como por la división del test en dos mitades y la escala de calidad de vida que fue determinada su consistencia interna mediante Alpha de Cronbach por sus mismos autores.

#### **4.5 Procedimiento de recolección de datos**

Se plantearon las siguientes fases:

**Revisión de los datos:** Donde se examinaron en forma crítica cada uno de los formularios que se utilizaron y control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

**Codificación de los datos:** Se realizaron la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los formularios respectivos, según las variables del estudio.

**Clasificación de los datos:** Se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

**Presentación de datos:** Se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

- **Análisis e interpretación de datos**

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

- **Análisis inferencial:** En primer lugar para comprobar las igualdades de las características basales de las adolescentes embarazadas en estudio, se tuvo en cuenta pruebas de t de Student y Pruebas Z según el tipo de variables estudiadas.

Luego para comprobar el efecto de la intervención educativa sobre las variables descritas, en primer lugar, realizamos un ANOVA univariado 2 x 4, teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (grupo experimental y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, postterapia, al mes y a dos meses post terapia). Posteriormente, para comprobar las diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados, utilizando cuatro ANOVAs, siendo el factor el grupo, con dos niveles (grupo experimental y control) y la variable dependiente la puntuación obtenida de cada variable en estudio. Finalmente, se realizaron Análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni para comprobar las diferencias significativas entre las puntuaciones de las variables en estudio en el momento inicial y los 3 momentos posteriores.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0 para Windows.

### **Consideraciones éticas**

El Comité de ética del Instituto Nacional Materno Perinatal, no confrontó dilemas éticos en el estudio abordado, dado que no se manipuló medicamentos, drogas o tratamientos biológicos, por el contrario fue una intervención psicoeducativa que propició en los participantes situaciones muy positivas para el desarrollo del embarazo en tanto de manera adecuada los terapeutas han introducido las sesiones de relajación y acondicionamiento cognitivo de afrontamiento.

#### **4.6 Procedimiento estadístico y análisis de datos**

**Documentos:** El primer contacto fue para iniciar la selección de los pacientes participantes, la cual se hizo a través de dos vías: Visita al módulo de atención integral del adolescente del Instituto Nacional Materno Perinatal; o visita domiciliaria en casos necesarios. Durante este primer contacto se aprovechó para darles a conocer los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética como:

**Hoja de información para el paciente:** Fue entregado a los pacientes antes de dar inicio el estudio, se trató de un documento en el que se expuso los antecedentes conocidos sobre la relación de un embarazo y el estrés, así como la utilidad del tratamiento de este tipo de estrés y las alternativas terapéuticas de la psicoterapia.

**Consentimiento Informado:** Los sujetos fueron informados por escrito de los objetivos generales del proyecto y del protocolo de trabajo en el que fueron incluidos. Una vez leído este documento, los sujetos lo firmaron así como el investigador y finalmente se les entregó una copia para que se lo lleven.

**Compromiso de confidencialidad y protección de datos.** Con este documento, nos comprometimos por escrito a no revelar los datos de la investigación de los que pudieran deducirse datos personales de los participantes y a emplearlos únicamente en la consecución de los objetivos planteados y que ellos conocerán.

Así mismo este primer contacto con los pacientes sirvió como medio para obtener sus datos socios demográficos a través de una entrevista rápida y la aplicación de la escala para medir el nivel de estrés y seleccionar a los pacientes que formaron parte del estudio tanto del grupo experimental y control.

El segundo contacto fue a través una invitación individual a los pacientes que previamente ya aceptarían participar en el estudio y escrito se enviara las invitaciones, dicho documento serán enviadas semanas antes de cada sesión psicoeducativa. La notificación contiene un saludo, el tiempo, y en qué consiste su participación.

**Plan de sesiones de la estrategia de afrontamiento:** En el cual se incluye los objetivos del programa de actividades, la temática a tratarse, el material a usarse y el tiempo de duración.

**Sesiones psicoeducativas:** Las sesiones que se aplicaron fueron un total de 6, los cuales fueron las principales terapias psicoeducacionales, que según diversos estudios demostró ser eficaz, siendo el objetivo general de minimizar los estímulos generadores de un afrontamiento ineficaz que percibe la adolescente embarazada en su calidad de vida.

Las sesiones se llevaron a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima, consistente en 6 sesiones (2 por mes) de una hora y media de duración cada una.

Se llevó a cabo en grupos pequeños de diez gestantes en un espacio tranquilo y habilitado en la sala de consejería del Instituto ya mencionado. Dichas sesiones fueron realizadas por profesionales capacitados en el tema (Psicólogo/a, obstetra y enfermero /a). Para cada una de las sesiones se dispuso de objetivos específicos y contenidos teóricos, como actividades encargadas para el domicilio que permitan la participación activa hacia el afrontamiento.

Los primeros quince minutos de cada sesión se destinaron a recordar el contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos en relación con él a lo largo de la semana.

En todas las sesiones se dio a las gestantes material escrito con el tema de exposición para facilitar el seguimiento de la teoría y poder releerlo en sus domicilios.

Para facilitar la comprensión de los temas de las sesiones y amenizarlas, se prepararán presentaciones de diapositivas en Power Point.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. Resultados Parciales

**Tabla 5.1. Historia reproductiva de las madres en estudio- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009**

Historia reproductiva de las madres	(n = 30)					
	Grupo experimental		Grupo control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Edad de la primera relación sexual</b>						
10 - 12 años	10	34.5	11	37.9	21	72.4
13 - 16 años	15	51.7	13	44.8	28	96,5
17 - 20 años	4	13.7	5	17.24	09	30.9
<b>Frecuencia de las relaciones sexuales</b>						
Diario	2	3,3	5	8,3	7	11,7
Interdiario	2	3,3	6	10,0	8	13,3
Semanal	9	15,0	9	15,0	18	30,0
Mensual	17	28,3	10	16,7	27	45,0
<b>Empleo de métodos anticonceptivos antes del embarazo</b>						
Si	5	8,3	7	11,7	12	20,0
No	25	41,7	23	38,3	48	80,0

**Fuente:** Guía de Entrevista (ANEXO 02)

**Tabla 5.3. Antecedentes patológicos durante la gestación de las madres en estudio - Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Antecedentes patológicos durante la gestación de las madres	(n = 30)					
	Grupo experimental		Grupo control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Infección urinaria	6	10,0	5	8,3	11	18,3
Hipertensión arterial	1	1,7	1	1,7	2	3,3
Bebedora	1	1,7	2	3,3	3	5,0
Fumadora	1	1,7	1	1,7	2	3,3
Ninguno	21	35,0	21	35,0	42	70,0

**Fuente:** Ficha de Análisis documental (ANEXO 03)

En relación a los antecedentes patológicos durante la gestación de las madres en estudio, se encontró que un promedio considerable de ambos grupos de estudio adolecieron de infecciones urinarias, 10,0% (6) y 8,3 (5) comparativamente. Así mismo destaca el 3,3% (2) de madres bebedoras en el grupo control.

**Tabla 5.4. Antecedentes obstétricos durante la gestación de las madres en estudio - Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Antecedentes obstétricos durante la gestación de las madres	(n = 30)					
	Grupo experimental		Grupo control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Aborto</b>						
Si	11	18,3	7	11,7	18	30,0
No	19	31,7	23	38,3	42	70,0
<b>Edad gestacional</b>						
8 - 12 semanas	18	30,0	20	33,3	38	63,3
13 - 14 semanas	8	13,3	4	6,7	12	20,0
15 - 16 semanas	4	6,7	6	10,0	10	16,7
<b>Numero de controles prenatales asistidos</b>						
4 controles	21	35,0	18	30,0	39	65,0
5 controles	5	8,3	9	15,0	14	23,3
6 controles	4	6,7	3	5,0	7	11,7

**Fuente:** Ficha Análisis documental (ANEXO 03)

Respecto a los antecedentes obstétricos durante la gestación de las madres en estudio, se encontró que un gran porcentaje de ambos grupos, tuvieron abortos 18,3% (11) y 11,7% (7). La edad gestacional de la mayoría de las adolescentes embarazadas fluctuó entre las 8 a 12 semanas con 30,0% (18) y 33,3% (20) respectivamente. Es resaltante que la mayoría de gestantes en ambos grupos 35,0% (21) en el grupo experimental y 30,0% (18) en el grupo control, asistieron solo a 4 controles prenatales en promedio.

**Tabla 5.5. Resultados de los exámenes complementarios realizados durante la gestación de las madres en estudio - Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Resultados de los exámenes complementarios realizados durante la gestación de las madres	(n = 30)					
	Grupo experimental		Grupo control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Glicemia</b>						
Normal	29	48,3	28	46,7	57	95,0
Alterado	1	1,7	2	3,3	3	5,0
<b>VDRL o RPR</b>						
Positivo	14	23,3	11	18,3	25	41,7
Negativo	16	26,7	19	31,7	35	58,3
<b>Urocultivo</b>						
Positivo	2	3,3	2	3,3	4	6,7
Negativo	28	46,7	28	46,7	56	93,3

**Fuente:** Ficha de Análisis documental (ANEXO 03)

En cuanto a los resultados de los exámenes complementarios realizados durante la gestación de las madres en estudio, hallamos en ambos grupos un mínimo porcentaje de alteraciones de la glucosa en sangre 1,7% (1) y 3,3% (2) respectivamente. El VDRL en mayor proporción fue negativo tanto en el grupo experimental como en el grupo control con 26,7% (16) y 31,7% (19) respectivamente. Y en relación al urocultivo se mostró positivo en mínimo e igual promedio para ambos grupos 3,3% (2).

**Tabla 5.6. Tipo de embarazo diagnosticado en las madres en estudio - Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Tipo de embarazo diagnosticado en las madres	(n = 30)					
	Grupo experimental		Grupo control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	6	10,0	9	15,0	15	25,0
De mediano riesgo	9	15,0	8	13,3	17	28,3
De alto riesgo	15	25,0	13	21,7	28	46,7

**Fuente:** Ficha de Análisis documental (ANEXO 03)

En cuanto a la tipo de embarazo diagnosticado en las madres en estudio, se observó que en ambos grupos, el mayor porcentaje de ellas fue clasificada como embarazo de alto riesgo en un 25,0% (15) y 21,7% (13) respectivamente.

## 5.2. Resultados Finales

**Tabla 5.7 Nivel de vulnerabilidad al estrés en las adolescentes embarazadas según grupos y momentos del estudio- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Momentos	Grupos	Nivel de vulnerabilidad al estrés (n = 30)							
		Alta		Mediana		Baja		Mínima	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Basal	Grupo experimental	15	25,0	10	16,7	4	6,7	1	1,7
	Grupo control	15	25,0	12	20,0	2	3,3	1	1,7
Post terapia	Grupo experimental	4	6,7	3	5,0	7	11,7	16	26,7
	Grupo control	17	28,3	11	18,3	1	1,7	1	1,7
Al mes de post terapia	Grupo experimental	5	8,3	5	8,3	6	10,0	14	23,3
	Grupo control	16	26,7	12	20,0	1	1,7	1	1,7
A dos meses de post terapia	Grupo experimental	2	3,3	2	3,3	8	13,3	18	30,0
	Grupo control	20	33,3	10	16,7	0	0,0	0	0,0

**Fuente:** Inventario de vulnerabilidad al estrés. (ANEXO 04)

En cuanto al nivel de vulnerabilidad al estrés según grupos y momentos del estudio se notó que:

En el grupo experimental el 26,7% (16); 23,3% (14) y el 30,0% (18) de las adolescentes resultaron con una puntuación mínima de las medias de la vulnerabilidad al estrés en la post terapia, al mes de la terapia y a los dos meses post terapia, respectivamente.

En el grupo control los puntajes de las medias de la vulnerabilidad al estrés se ubicaron en el nivel de mediana y alta vulnerabilidad al estrés en proporciones del 28,3% (17); y 26,7% (16). El 33,3% (20) se ubicó en el nivel alto de vulnerabilidad al estrés.

**Tabla 5.8. Nivel de ansiedad de las adolescentes embarazadas según grupos y momentos del estudio- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Momentos	grupos	Nivel de ansiedad (n = 30)							
		Grave		Moderada		Leve		No ansiedad	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Basal	Grupo experimental	2	3,3	23	38,3	4	6,7	1	1,7
	Grupo control	1	1,7	21	35,0	5	8,3	3	5,0
Post terapia	Grupo experimental	2	3,3	4	6,7	5	8,3	19	31,7
	Grupo control	2	3,3	22	36,7	3	5,0	3	5,0
Al mes de post terapia	Grupo experimental	2	3,3	4	6,7	7	11,7	17	28,3
	Grupo control	2	3,3	23	38,3	3	5,0	2	3,3
A dos meses de post terapia	Grupo experimental	1	1,7	3	5,0	6	10,0	20	33,3
	Grupo control	6	10,0	20	33,3	3	5,0	1	1,7

**Fuente:** Inventario de ansiedad. (ANEXO 05)

Con respecto al nivel de ansiedad de la adolescente embarazada según grupos y momentos del estudio, se observó:

En el grupo experimental a medida que transcurrieron los momentos, los niveles de ansiedad descendieron al tipo leve o a la ausencia de ansiedad, en proporciones de 31,7% (19); 28,3% (17) y el 33,3% (20) post, al mes y a dos meses de la terapia recibida, respectivamente.

En el grupo control los porcentajes relevantes se ubicaron en el nivel moderado e incluso alta ansiedad, mejor dicho el 36,7% (22); 38,3% (23) y el 33,3% (20) de las embarazadas mantuvieron un nivel moderado de ansiedad.

**Tabla 5.9. Nivel de autoeficacia en las adolescentes embarazadas según grupos y momentos del estudio- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

MOMENTOS	GRUPOS	Nivel de autoeficacia (n = 30)					
		Alta		Mediana		Baja	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Basal	Grupo experimental	2	3,3	6	10,0	22	36,7
	Grupo control	3	5,0	3	5,0	24	40,0
Post terapia	Grupo experimental	20	33,3	5	8,3	5	8,3
	Grupo control	2	3,3	3	5,0	25	41,7
Al mes de post terapia	Grupo experimental	19	31,7	7	11,7	4	6,6
	Grupo control	2	3,3	2	3,3	26	43,3
A dos meses de post terapia	Grupo experimental	18	30,0	8	13,3	4	6,6
	Grupo control	2	3,3	2	3,3	26	43,3

**Fuente:** Escala de autoeficacia general. (ANEXO 06)

Acerca del nivel de autoeficacia en la adolescente embarazada según grupos y momentos del estudio, se observó que:

En el grupo experimental a medida que transcurrieron los momentos de evaluación, las proporciones importantes se acercaron al nivel de mediana y alta autoeficacia, ello quiere decir que el 33,3% (20); 31,7% (19) y 30,0% (18) resultaron con un incremento de autoeficacia, en el post, al mes y a dos meses después de la terapia recibida, en orden respectivo.

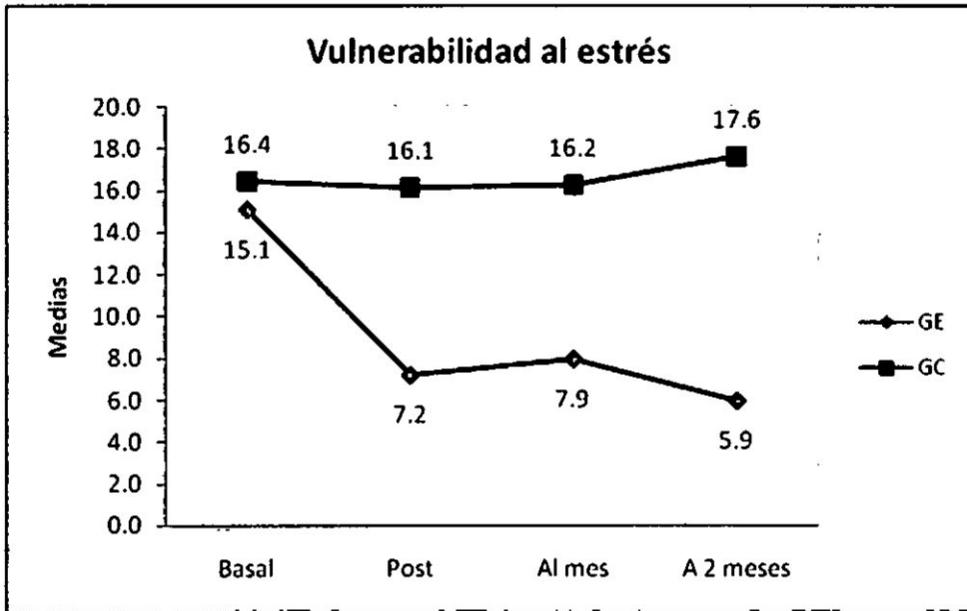
En cambio, en el grupo control los porcentajes relevantes se ubicaron en el nivel de mediana y baja autoeficacia, mejor dicho el 41,7% (25); 43,3% (26) y el 43,3% (26) de las embarazadas culminaron el estudio con baja autoeficacia.

## CAPITULO VI

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 6.1 Contrastación de Hipótesis con los Resultados

##### a. VULNERABILIDAD AL ESTRÉS.



**Figura 01. Representación de las medias de las puntuaciones de vulnerabilidad al estrés en los diferentes momentos y según grupos de estudio- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009. (ANEXO N°4)**

Respecto a la tendencia de las medias de las puntuaciones de la vulnerabilidad al estrés en los diferentes momentos del estudio, se encontró en el grupo que recibió la terapia, una disminución en los niveles de vulnerabilidad al estrés de 15,1 en el momento basal a 5,9 a dos meses post terapia; además se evidencio una disminución notoria de 7,2 post terapia. Por el contrario, no se observó tal efecto en el grupo control, cuyas gestantes mostraron puntuaciones de estrés constantes y con tendencia al incremento en los momentos de la evaluación.

**Tabla 12 ANOVA momento \* grupo para la variable nivel de vulnerabilidad al estrés- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

<b>Fuentes de variabilidad</b>	<b>Prueba F</b>	<b>P</b>
Grupo	F (1,232) = 132,20	0,000
Momento	F (3,232) = 8,96	0,000
Momento * grupo	F (3,232) = 11,09	0,000

**Fuente:** Inventario de vulnerabilidad al estrés. (ANEXO 04)

En primer lugar, realizamos un ANOVA univariado 2 x 4, teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (grupo experimental y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, post terapia, al mes y a dos meses después de la terapia). La interacción doble Momento \* grupo de la vulnerabilidad al estrés fue de F (3,232) = 11,09; P = 0,000; probabilidad significativa a cualquier nivel, en otras palabras se encontró una interacción significativa.

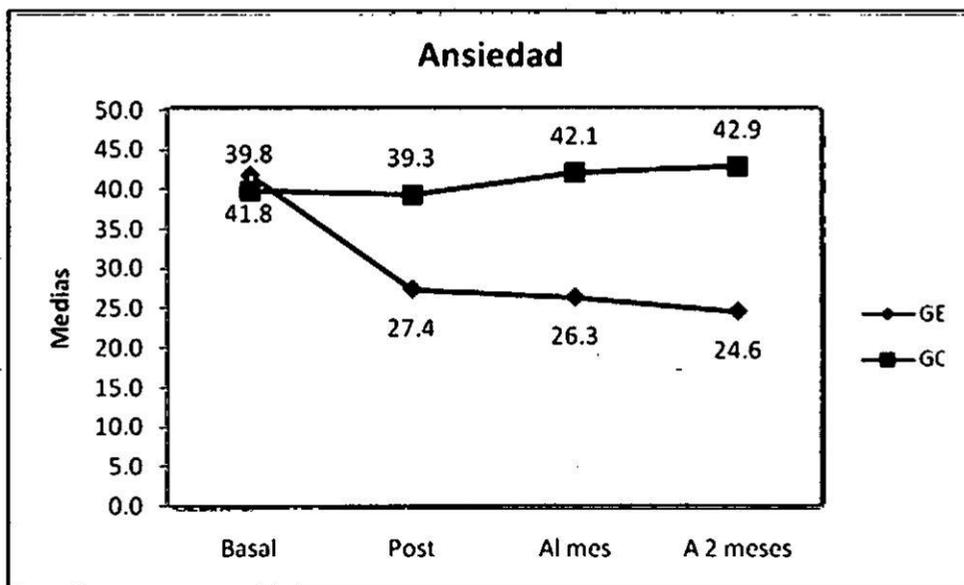
**Tabla 13. ANOVA entre los dos grupos en los diferentes momentos del estudio para la variable nivel de vulnerabilidad al estrés- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Momentos del estudio	Grupo de estudio	Media	D E	Prueba F	P
Basal	Grupo experimental	15,07	5,445	F (1,58) = 1,1	0,290
	Grupo control	16,43	4,423		
Post terapia	Grupo experimental	7,17	6,309	F (1,58) = 38,3	0,000
	Grupo control	16,1	4,759		
Al mes de post terapia	Grupo experimental	7,93	6,378	F (1,58) = 34,3	0,000
	Grupo control	16,23	4,423		
A dos meses de post terapia	Grupo experimental	5,93	5,146	F (1,58) = 113,5	0,000
	Grupo control	17,6	3,081		

**Fuente:** Inventario de vulnerabilidad al estrés. (ANEXO 05)

Posteriormente, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados, se realizaron cuatro ANOVAS, siendo el factor el grupo, con dos niveles (grupo experimental y control) y la variable dependiente la puntuación obtenida de vulnerabilidad al estrés. Se encontró que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos post terapia de  $F(1,58) = 38,3$ ;  $P = 0,000$ ; al mes de post terapia con  $F(1,58) = 34,3$ ;  $P = 0,000$  y a dos meses post terapia un valor  $F(1,58) = 113,5$ ;  $p = 0,000$ . Existiendo diferencia en los momentos posteriores a la terapia. Destacando que las medias del grupo experimental (7,2; 7,9; 5,9 post terapia y al mes y 2 meses respectivamente) fueron marcadamente menores que las del grupo control (16,1; 16,2; 17,6 post terapia y al mes y 2 meses respectivamente).

**b. ANSIEDAD:**



**Fuente:** Inventario de ansiedad. (ANEXO 05)

**Figura 02. Representación de las medias de las puntuaciones de ansiedad en los diferentes momentos y según grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

En cuanto a la tendencia de las medias de puntuaciones de la ansiedad en los diferentes momentos del estudio, el grupo experimental demostró una disminución de 41,8 en el momento basal a 24,6 a dos meses post terapia; además en la post terapia se encontró un valor de 27,4. En contraste, no se observó tal efecto en el grupo control, cuyas embarazadas mostraron puntuaciones de ansiedad constantes y con tendencia al incremento en los momentos de la evaluación.

**Tabla 16.**

**ANOVA ENTRE LOS DOS GRUPOS EN LOS DIFERENTES MOMENTOS DEL ESTUDIO PARA LA VARIABLE NIVEL DE ANSIEDAD- INSTITUTO MATERNO NACIONAL PERINATAL - LIMA, 2009.**

<b>Momentos del estudio</b>	<b>Grupo de estudio</b>	<b>Media</b>	<b>D E</b>	<b>Prueba F</b>	<b>P</b>
Basal	Grupo experimental	41,8	6,728	F (1,58) = 1,0	0,318
	Grupo control	39,83	8,326		
Post terapia	Grupo experimental	27,37	11,938	F (1,58) = 19,4	0,000
	Grupo control	39,33	8,895		
Al mes de post terapia	Grupo experimental	26,33	11,391	F (1,58) = 39,2	0,000
	Grupo control	42,1	7,77		
A dos meses de post terapia	Grupo experimental	24,57	10,572	F (1,58) = 57,3	0,000
	Grupo control	42,93	8,047		

**Fuente:** Inventario de ansiedad. (ANEXO 05)

Posteriormente, en la revisión de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados, se realizaron cuatro ANOVAs, siendo el factor el grupo, con dos niveles (grupo experimental y control) y la variable dependiente la puntuación obtenida de la ansiedad. Los resultados encontrados mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en post terapia de  $F(1,58) = 19,4$ ;  $P = 0,000$ ; al mes de post terapia de  $F(1,58) = 39,2$ ;  $P = 0,000$  y a dos meses post terapia de  $F(1,58) = 57,3$ ;  $p = 0,000$ . No existían diferencias al comienzo del estudio. Cabe resaltar que las medias del grupo experimental (27,4; 26,3; 24,6 post terapia y al mes y 2 meses respectivamente) con tendencia al descenso, resultando menores que las del grupo control (39,3; 42,1; 42,9 post terapia y al mes y 2 meses respectivamente).

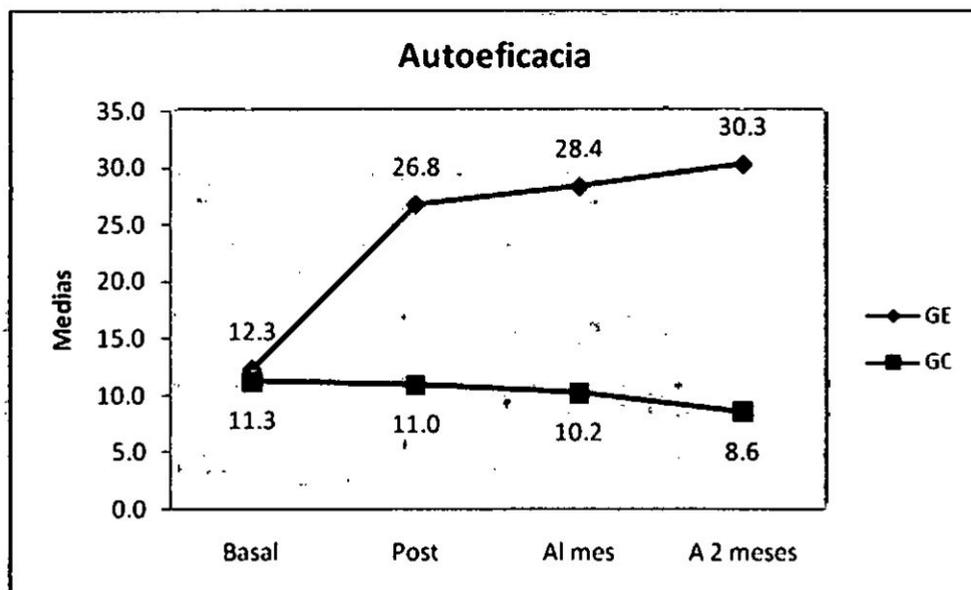
**Tabla 17. Prueba “*post hoc*” de Bonferroni para la variable nivel de ansiedad en las diferencias del momento basal respecto a los 3 momentos posteriores- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

<b>Grupo de estudio</b>	<b>Momentos del estudio</b>	<b>Diferencia de medias</b>	<b>Error típico</b>	<b>P</b>
G Experimental	Basal - Posterapia	14,433*	2,675	0,000
	Al mes de post terapia	15,467*	2,675	0,000
	A dos meses de post terapia	17,233*	2,675	0,000
G Control	Basal - Posterapia	0,500	2,135	1,000
	Al mes de posterapia	-2,267	2,135	1,000
	A dos meses de posterapia	-3,100	2,135	0,896

**Fuente:** Inventario de ansiedad. (ANEXO 05)

Finalmente, se realizaron 6 análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad en el momento inicial del estudio y en los 3 momentos posteriores, entre los sujetos de cada uno de los dos grupos. En el grupo experimental, se halló diferencias significativas entre el momento basal y en la post, al mes y a 2 meses post terapia; las diferencias entre las medias fueron de 14,4; 15,5 y 17,2; respectivamente. Sin embargo, en el grupo control no se evidenció diferencias significativas entre el momento basal y los 3 momentos posteriores.

**c. AUTOEFICACIA:**



**Fuente:** Escala de autoeficacia. (ANEXO 06)

**Figura 03. Representación de las medias de las puntuaciones de autoeficacia en los diferentes momentos y según grupos de estudio- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Respecto a la tendencia de las medias de puntuaciones de la autoeficacia en los diferentes momentos del estudio, el grupo que recibió la terapia presentó un incremento considerable de 12,3 en el momento basal a 30,3 a dos meses post terapia; además se evidenció un acrecentamiento de 26,8 post terapia. Sin embargo, no se observó tal efecto en el grupo control, donde las puntuaciones fueron con tendencia al descenso en los momentos de la evaluación.

**Tabla 19. ANOVA entre los dos grupos en los diferentes momentos del estudio para la variable nivel de autoeficacia- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Momentos del estudio	Grupo de estudio	Media	D E	Prueba F	P
Basal	Grupo experimental	12,33	7,617	F (1,58) = 0,3	0,563
	Grupo control	11,27	6,554		
Post terapia	Grupo experimental	26,8	11,115	F (1,58) = 49,3	0,000
	Grupo control	10,97	5,372		
Al mes de post terapia	Grupo experimental	28,37	11,103	F (1,58) = 65,5	0,000
	Grupo control	10,23	5,23		
A dos meses de post terapia	Grupo experimental	30,3	10,98	F (1,58) = 98,9	0,000
	Grupo control	8,57	4,768		

**Fuente:** Escala de autoeficacia. (ANEXO 06)

Posteriormente, en la comprobación de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados, se realizaron cuatro ANOVAs, siendo el factor el grupo, con dos niveles (grupo experimental y control) y la variable dependiente la puntuación obtenida de la autoeficacia. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la post terapia de  $F(1,58) = 49,3$ ;  $P = 0,000$ ; al mes de post terapia de  $F(1,58) = 65,5$ ;  $P = 0,000$  y a dos meses post terapia de  $F(1,58) = 98,9$ ;  $P = 0,000$ . No existían diferencias al comienzo del estudio. Es decir, las medias del grupo experimental (26,8; 28,4; 30,0 post terapia y al mes y 2 meses respectivamente) fueron mayores que las del grupo control (10,9; 10,2; 8,6 post terapia y al mes y 2 meses respectivamente).

**Tabla 21. ANOVA momento \* grupo para la variable afrontamiento al embarazo- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

<b>Fuentes de variabilidad</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Grupo	F (1,232) = 322,1	0,000
Momento	F (3,232) = 26,5	0,000
Momento * grupo	F (3,232) = 40,5	0,000

**Fuente:** Escala de afrontamiento del embarazo. (ANEXO 07)

En primer lugar, realizamos un ANOVA univariado 2 x 4, teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (grupo experimental y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, post terapia, al mes y a dos meses post terapia). En la interacción doble Momento \* grupo para la variable afrontamiento del embarazo, fue de  $F(3,232) = 40,5$ ;  $p = 0,000$ ; probabilidad significativa, resultando una interacción significativa.

**Tabla 22. ANOVA entre los dos grupos en los diferentes momentos del estudio para la variable afrontamiento al embarazo- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

<b>Momentos del estudio</b>	<b>Grupo de estudio</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>Prueba F</b>	<b>P</b>
Basal	Grupo experimental	185,73	10,14	F (1,58) = 0,7	0,400
	Grupo control	189,57	22,607		
Post terapia	Grupo experimental	293,6	54,502	F (1,58) = 106,3	0,000
	Grupo control	184,33	19,964		
Al mes de post terapia	Grupo experimental	293,83	60,744	F (1,58) = 107,4	0,000
	Grupo control	176,87	11,545		
A dos meses de post terapia	Grupo experimental	312,4	64,933	F (1,58) = 133,0	0,000
	Grupo control	173,4	11,924		

**Fuente:** Escala de afrontamiento del embarazo. (ANEXO 07)

Posteriormente, en la comprobación de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos evaluados, se realizaron cuatro ANOVAs, siendo el factor el grupo, con dos niveles (grupo experimental y control) y la variable dependiente la puntuación obtenida del nivel de afrontamiento al embarazo. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos durante la post terapia de  $F(1,58) = 106,3$ ;  $P = 0,000$ ; al mes de post terapia de  $F(1,58) = 107,4$ ;  $P = 0,000$  y a los dos meses post terapia de  $F(1,58) = 133,0$ ;  $P = 0,000$ . No existieron diferencias al comienzo del estudio. Dicho de otra manera, las medias del grupo experimental (293,6; 293,8; 312,4 post terapia y al mes y 2 meses respectivamente) fueron mayores que las del grupo control (184,3; 176,9; 173,4 post terapia y al mes y 2 meses respectivamente).

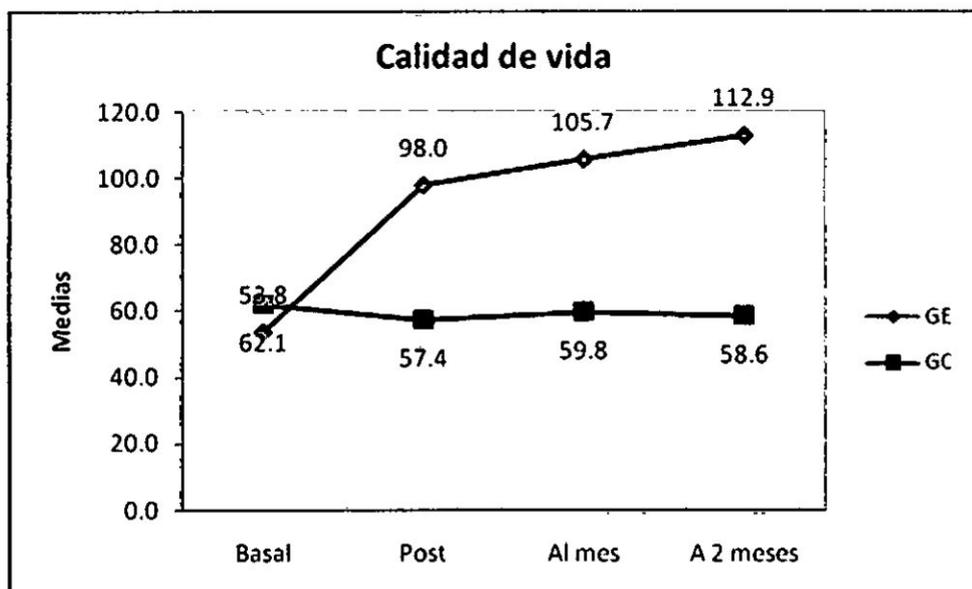
**Tabla 23. Prueba “*post hoc*” de Bonferroni para la variable afrontamiento al embarazo en las diferencias del momento basal respecto a los 3 momentos posteriores- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

<b>Grupo de estudio</b>	<b>Momentos del estudio</b>	<b>Diferencia de medias</b>	<b>Error típico</b>	<b>P</b>
G Experimental	Basal - posterapia	-107,867*	13,527	0,000
	Al mes de posterapia	-108,100*	13,527	0,000
	A dos meses de posterapia	-126,667*	13,527	0,000
G Control	Basal -posterapia	5,233	4,444	1,000
	Al mes de posterapia	12,700*	4,444	0,030
	A dos meses de posterapia	16,167*	4,444	0,002

**Fuente:** Escala de afrontamiento del embarazo. (ANEXO 07)

Finalmente, se realizaron 6 análisis “*post hoc*” con ajuste de Bonferroni, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del afrontamiento al embarazo en el momento inicial del estudio y los 3 momentos posteriores, entre los sujetos de cada uno de los dos grupos. En el grupo experimental, se encontró diferencias significativas entre el momento basal y en la post, al mes y a 2 meses post terapia; las diferencias entre las medias fueron de -107,9; -108,1 y -126,7; respectivamente. Por otro lado, en el grupo control solo se evidenció mínimas diferencias significativas entre el momento basal y al mes y a 2 meses post terapia.

**e. CALIDAD DE VIDA:**



**Figura 05. Representación de las medias de las puntuaciones de calidad de vida en los diferentes momentos y según grupos de estudio- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009. (ANEXO N°9)**

Con respecto a la tendencia de las medias de puntuaciones de la calidad de vida en los diferentes momentos del estudio, en el grupo que recibió la terapia evidenció un incremento de 53,8 en el momento basal a 112,9 a dos meses post terapia; además en la post terapia el acrecentamiento fue de 98,0. Por otro lado, no se observó tal efecto en el grupo control, donde las puntuaciones de calidad de vida fueron con tendencia a la decadencia en los momentos de la evaluación.

**Tabla 24. ANOVA momento \* grupo para la variable calidad de vida de la adolescente embarazada - Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

<b>Fuentes de variabilidad</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Grupo	F (1,232) = 72,4	0,000
Momento	F (3,232) = 10,3	0,000
Momento * grupo	F (3,232) = 13,1	0,000

**Fuente:** Escala de calidad de vida. (ANEXO 08)

En primer lugar, realizamos un ANOVA univariado 2 x 4, teniendo el primer factor entre grupos independientes dos niveles (Grupo experimental y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, post terapia, al mes y a dos meses post terapia). En la interacción doble Momento \* grupo para la variable calidad de vida, fue de  $F (3,232) = 13,1$ ;  $P = 0,000$ ; probabilidad significativa, determinando una interacción significativa.

**Tabla 27. Estado del embarazo de las madres en estudio al final de la terapia  
- Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima, 2009.**

Tipo de embarazo diagnosticado en las madres	(n = 30)					
	Grupo experimental		Grupo control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	22	73,0	9	15,0	15	25,0
De mediano riesgo	5	17,0	8	13,3	17	28,3
De alto riesgo	3	10,0	13	21,7	28	46,7

**Fuente:** Ficha Análisis documental (ANEXO 03)

En cuanto al estado del embarazo al final de la aplicación de la terapia se observó que las madres en estudio, del grupo experimental presentaron en su mayoría 73% (22) tuvieron un embarazo normal libre de riesgos, mientras que en el grupo control se mantuvo en alto riesgo un 46.7% (28).

## 6.2 Contrastación de Resultados con otros Estudios Similares

**DELLA, LANDONI (2005)** Argentina.

Los resultados demostraron que las sub-escalas que mostraron diferencias significativas entre las medias a favor del grupo embarazadas fueron: hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, auto inculparse y buscar apoyo profesional, mientras que aquellas que mostraron diferencias significativas para el grupo de las no embarazadas fueron: buscar apoyo social, invertir en amigos íntimos y fijarse en lo positivo. En la investigación se encontró respecto al nivel de afrontamiento al embarazo por las adolescentes según

grupos y momentos del estudio; en el grupo experimental se observó que a medida que transcurrieron los momentos evaluados los porcentajes importantes se transfieren al nivel de afrontamiento positivo con un 45,0% (27); 40,0% (24) y 41,7% (25), en el post, al mes y a dos meses después de haber recibido la terapia, en orden consecuente. En cambio, en el grupo control los porcentajes relevantes se ubicaron en el nivel de afrontamiento negativo con un 41,7% (25); 45,0% (27) y el 45,0% (27) en el mismo orden de secuencia.(Anexo N° 08)

#### **GARAIGORDOBIL (2001) España**

Los resultados sugieren un positivo impacto del programa. Confirmaron un incremento significativo de la afectividad, de las conductas sociales asertivas, de las conductas de liderazgo y de las estrategias cognitivas asertivas de solución de situaciones sociales conflictivas, así como una disminución de las conductas de ansiedad-timidez. En el estudio se encontró con respecto al nivel de ansiedad de la adolescente embarazada según grupos y momentos del estudio, se observó:

En el grupo experimental a medida que transcurrieron los momentos, los niveles de ansiedad descendieron al tipo leve o a la ausencia de ansiedad, en proporciones de 31,7% (19); 28,3% (17) y el 33,3% (20) post, al mes y a dos meses de la terapia recibida, respectivamente.

En el grupo control los porcentajes relevantes se ubicaron en el nivel moderado e incluso alta ansiedad, mejor dicho el 36,7% (22); 38,3% (23) y el 33,3% (20) de las embarazadas mantuvieron un nivel moderado de ansiedad. (Anexo N° 06)

Según la Dirección General de Epidemiología de Lima. MINSA (2008)

Haciendo un análisis de la situación problemática de la calidad de vida de las madres adolescentes en el contexto específico de las usuarias del Instituto Materno Perinatal-Lima, se observó que presenta repercusiones similares al contexto nacional, así presentan pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a depender de sus padres, además se da la interrupción de sus relaciones grupales, porque generalmente se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o laborales; y finalmente se da la demora o el cese precoz de su desarrollo personal. Del mismo modo casi siempre se muestran con estrés, ya que la capacidad biológica, psicológica y el rol social de la adolescente se ven fuertemente afectadas. En la investigación se encontró que con respecto a la tendencia de las medias de puntuaciones de la calidad de vida en los diferentes momentos del estudio, en el grupo que recibió la terapia evidenció un incremento de 53,8 en el momento basal a 112,9 a dos meses post terapia; además en la post terapia el acrecentamiento fue de 98,0. Por otro lado, no se observó tal efecto en el grupo control, donde las puntuaciones de calidad de vida fueron con tendencia a la decadencia en los momentos de la evaluación.(Figura N° 05)

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES

- a) El efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento al embarazo mostraron que el riesgo de embarazo tras la finalización de la terapia psicoeducativa fue significativamente menor en el grupo experimental, respecto al grupo control.
- b) El nivel de la calidad de vida de las adolescentes mejoro gracias a la intervención psicoeducativa, dicho de otro modo, el grupo experimental logro diferencias en los tres momento posteriores a la terapia cuyas medias fueron de -44,2; -52,0 y -59,1; respectivamente; mientras que el grupo control no evidenció diferencias durante los momentos del estudio.
- c) Así mismo el efecto positivo también se observo en la mejoría de la autoeficacia; evidenciándose en el grupo experimental, diferencias significativas entre el momento basal y la post, al mes y a 2 meses post terapia; las diferencias entre las medias fueron de -14,5; -16,0 y -18,0; respectivamente. No evidenciándose diferencias significativas en el grupo control, en los diferentes momentos del estudio.
- d) La intervención psicoeducativa demostró eficacia en el afrontamiento del embarazo, ya que se observó que el grupo experimental evidenció puntuaciones superiores en el afrontamiento del embarazo, que fue comprobada con alta significancia estadística entre el momento basal y en el post, al mes y a 2 meses post terapia; siendo las diferencias entre las medias de -107,9; -108,1 y -126,7; respectivamente. Mientras, que en el grupo control no se evidenciaron diferencias significativas.

## **CAPITULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- a) La intervención psicoeducativa permite ayudar al afrontamiento del embarazo en la adolescente, por repercutir en la calidad de vida, por lo cual se debe aplicar sostenidamente la estrategia evaluándose su impacto.
- b) Que los servicios de salud capaciten al profesional en contacto con las adolescentes embarazadas en la aplicación de terapias psicoeducativas. De esta forma las adolescentes obtienen un apoyo de gran importancia al alcance de ellas, reduciendo así la incidencia de embarazos de alto riesgo.
- c) Que el Ministerio de Salud en su visión de perspectiva debe Implementar, ejecutar y evaluar programas psicoeducativos que permitan compartir, intercambiar, comunicarse, reflexionar, y aprender, de las consecuencias de un embarazo en la adolescencia a fin de disminuir los casos y evitar sus complicaciones.

## CAPÍTULO IX

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

#### A. LIBRO

1. ALFARO, ML. **Habilidades Socioafectivas para promover comportamientos de salud en la adolescente.** Cuba. 2006.
2. ALVARES FUMERO Y OTROS. **Repercusión de los Factores de Riesgo en el Bajo Peso al Nacer.** Cuba. 2001.
3. ANDERSSON, L. Y OTROS. **Implicaciones de la depresión y de la ansiedad prenatal para el resultado obstétrico.** Perú. 2004.
4. BARRANTES FREER, Alonso y OTROS. **Embarazo y aborto en adolescentes.** Med. leg. Costa Rica 2003.
5. BUCETA, JM, BUENO AM. **Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo.** Dykinson, Madrid. 2001.
6. CEDILLO, NS y OTROS. **Estado nutricional de las adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento fetal.** Rev Obstet Ginecol Venezuela .2006.
7. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CELADE) División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). **En: Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe 14 y 15 de Noviembre.** Chile. 2006.
8. CONTRERAS, F. A. y OTROS. **Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de Hemodiálisis.** Universidad Santo Tomás, Bogotá-Colombia. 2007.

9. CUBA DE LA CRUZ, M., REYES ÁVILA R. **Bajo peso al nacer y edad materna.** Cuba. 2002.
10. DELLA MORA, M, LANDONI, A. **Estrategias de afrontamiento de adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires.** *Psicología Científica.* Argentina. 2005.
11. GARAIGORDOBIL, L M. **Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la afectividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales.** *Psi Conduc,* España. 2001.
12. GONZÁLEZ, Barrón Y OTROS. **Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes.** *Psicothema* España. 2002.
13. ICOLT-GLASER JK. **Tensión crónica y aumentos relativos a la edad en el cytokie proinflammatory.** Colombia. 2003.
14. INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA EDAD PEDIÁTRICA. **Revisión sistemática de la literatura: actualización.** Barcelona. España. 2006.
15. IZAL M. y Otros. **Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito socio sanitario de atención a los cuidadores de personas mayores dependientes.** *Rev Española Geriatr Gerontology.* España. 2003.
16. JOHNSON, R., SLADE, P. **Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship?** *J Psychosom Obstet Gynaecol USA.* 2003.
17. KANN L, WARREN CW. **Vigilancia del comportamiento del riesgo de la juventud.** EEUU. 2003.

18. LAZARUS, RS. FOLKMAN, S. **Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud.** Desclée de Brouwer Bilbao. España. 2000.
19. LEVI, L. **Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action.** En: Coping with stress and depression related problems in Europe: Brussels.USA. 2001.
20. OPS/OMS PROGRAMA REGIONAL DE ADOLESCENCIA. **Salud y desarrollo sexuales de adolescentes y de la juventud en las Américas: Implicaciones del programa y de la política.** Documento de proyecto; USA. 2000.
21. ROBLES-ORTEGA, H. y Otros. **Validación de la versión española del inventario de vulnerabilidad al estrés de Beech, Burns y Scheffield.** En: Avances en psicología de la salud. Granada: Ediciones Sider. España. 2006.
22. SAMANIEGO GARCÍA, E. **La educación sexual de adolescentes en contextos formales e informales.** Inv educ Barcelona. España. 2004.
23. SHALOCK R., VERDUGO M. A. **Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners.** Washington: D. C. American Association on Mental Retardation.USA. 2002.
24. SCHALOCK, Robert Y OTROS. **Calidad de Vida. Manual para profesionales de educación, salud y servicios sociales.** España.2003.
25. SOHNG. **Effects of a self-management course for patients ith systemic lupus erythematosus.** JAdv Nurs.USA. 2003.
26. SÖRENSEN, S. y Otros. **How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis.** Gerontologist. USA. 2002.
27. SPIELBERGER C. GORSUCH, Lushene. **State-Trait Anxiety Inventory Manual.** Consulting Psychologists Press: Inc.USA. 2004.

28. VERDUGO M A, SCHALOCK RL. **El concepto de calidad de vida en los servicios Humanos. Apoyos autodeterminación y calidad de vida.** Amaru.Colombia. 2001
29. WEISSBECKER, I.c y Otros. **Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia.** Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. USA. 2002.

## **B. TESIS**

1. CARDONA, D. y Otros. **Construcción cultural del concepto calidad de vida Facultad Nacional de Salud Pública [Tesis de Maestría].** Medellín. Universidad de Antioquia; 2005.
2. MARTÍNEZ, A. **Prevalencia Y Factores De Riesgo De Trastornos Mentales En Gestantes De Alto Riesgo.** Servicio de Gineco Obstetricia del HNERM. [Tesis de Grado (Especialista En Psiquiatría)]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Escuela de postgrado de la facultad de medicina humana; 2006.
3. MISRI, S. y Otros. **Relation Between Prenatal Maternal Mood and Anxiety and Neonatal Health [Tesis Doctoral].** Canadá: The Canadian Journal of Pschiatry; 2004.
4. SALOTTI, Paula. **Estudio descriptivo correlacional sobre Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento. en una muestra de adolescentes de Buenos Aires.** [Tesina]. Argentina: Departamento de Investigación, Universidad de Belgrano; 2006

### C. PUBLICACIONES WEB

1. AGUDELO CORREDOR, L. y Otros. **¿Cuál es el impacto del embarazo adolescente en la familia y la sociedad?** [en línea]. [fecha de acceso: 10 de agosto de 2008]. Disponible en URL: <http://www.200.21.104.25/grume/Resumenes%20ejecutivos/Embarazos%20en%20adolescentes.pdf>
2. ARJONA, A J, GUERRERO, M S. **Un estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación en adolescentes de secundaria.** (www. psicologíacientifica.com Fecha de acceso: 05-09-2008).
3. CUEVAS GARAVITO, A. **Embarazo en adolescentes: Una visión desde la realidad.** [en línea]. [fecha de acceso: 10 de agosto de 2008]. Disponible en URL: [http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Aura\\_Cuevas.htm](http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Aura_Cuevas.htm)
4. FLOREZ ALARCÓN, Luis. **Elaboración e implementación de un Programa de Educación para la Salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes.** (www. Psicologiaincientifica.com Fecha de acceso: 09-08-2008).
5. GUTIÉRREZ, Rosario. **El embarazo en adolescentes en el Perú.** [en línea] 2007. [Fecha de acceso: 05 de setiembre de 2008]. URL Disponible en: <http://aqpinforma.blogspot.com/2007/06/per-con-unos-115-mil-embarazos-en.html>
6. MARCH OF DIMES BIRTH DEFECTS FOUNDATION. **El estrés durante el embarazo.** (www. nacersano.org/centro/9388\_9911.asp. Fecha de acceso 15 de setiembre de 2008).

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Tipo Estudio</b>	<b>Diseño</b>	<b>Población y Muestra</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>
Cuál es el efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas- Instituto Nacional Materno Perinatal- Lima-2009?	<p><b>Objetivo general.</b> Demostrar el efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas Instituto Materno Perinatal Lima-2009.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar a las adolescentes embarazadas</p>	<p><b>HI:</b> Si la intervención Psicoeducativa de afrontamiento tiene efecto entonces se mejora la calidad de vida de las adolescentes embarazadas del Instituto Materno Perinatal de Lima</p> <p><b>H0:</b> Si la intervención Psicoeducativa de afrontamiento no tiene efecto entonces no se</p>	<p><b>V.I.:</b> Intervención psicoeducativa</p> <p><b>V.D.:</b> Calidad de vida</p>	<p>Experimental con dos grupos: experimental y control.</p> <p>Prospectivo.</p> <p>Longitudinal</p>	<p><b>DIAGRAMA:</b> <b>GRUPO INTERVENCIÓN DESPUÉS</b> G<sub>1</sub> O<sub>1</sub> I O<sub>3</sub> O<sub>5</sub> O<sub>7</sub> G<sub>2</sub> O<sub>2</sub> - O<sub>4</sub> O<sub>6</sub> O<sub>8</sub></p> <p><b>Donde:</b> G<sub>1</sub> y G<sub>2</sub>: Grupo de estudio I: Intervención (intervención psicoeducativa) - : Sin intervención (cuidados habituales) O<sub>1</sub> y O<sub>2</sub>:</p>	<p><b>Población</b> Estuvo constituida por todas las adolescentes embarazadas que acudieron al Servicio Materno-Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima. En el periodo de Octubre a Diciembre del 2008 hasta Abril del 2009. Siendo un total de 58 madres adolescentes. <b>Características de la población:</b></p>	<p>Las técnicas empleadas fueron la entrevista, la observación, el análisis documental y el test con sus respectivas guías Observación directa a las pacientes adolescentes embarazadas Entrevista a cada una de las pacientes adolescentes embarazadas</p>

	<p>primíparas del primer trimestre de embarazo de 15 a 19 años, que acuden a la Instituto Materno Perinatal.</p> <p>Determinar la calidad de vida de las adolescentes embarazadas.</p> <p>Elaborar las Sesiones psicoeducativas de afrontamiento.</p> <p>Aplicar y evaluar la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la</p>	<p>mejora la calidad de vida de las adolescentes embarazadas del Instituto Materno Perinatal de Lima</p>			<p>Observación basal, antes de la intervención</p> <p><b>O<sub>3</sub> y O<sub>4</sub>:</b> Observación postoperatoria</p> <p><b>O<sub>5</sub> y O<sub>6</sub>:</b> Observación postoperatoria, al mes</p> <p><b>O<sub>7</sub> y O<sub>8</sub>:</b> Observación postoperatoria, a 2 meses</p>	<p><b>Criterios de inclusión:</b> Se incluyeron en el estudio. Para el grupo experimental. Para el grupo control.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p><b>Cálculo del tamaño de la muestra</b></p> <p><b>- Unidad de análisis:</b> Cada adolescente embarazada.</p> <p><b>- Unidad de muestreo:</b> Unidad seleccionada fue igual que la unidad de análisis.</p>	<p>Instrumentos</p> <p>El inventario de vulnerabilidad al estrés</p> <p>El inventario de depresión</p> <p>El inventario de ansiedad</p> <p>La escala de calidad de vida</p> <p>La escala de estrés</p> <p>La escala de autoeficacia</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

	<p>calidad de vida de adolescentes embarazadas.</p>			<p><b>- Marco muestral:</b>  Fue de la relación de adolescentes embarazadas que acuden al Servicio Materno-Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima.</p> <p><b>Tamaño de muestra</b>  El cálculo de la muestra se obtuvo mediante la fórmula siguiente:</p> $n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2(p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$ <p><b>Donde:</b>  <math>z\alpha = 1.96</math> para un valor nivel error <math>\alpha = 0.05</math> (5%)</p>	
--	---	--	--	---	--



Código:

Fecha: ---/---/---

## ANEXO N° 02

### GUÍA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA Y REPRODUCTIVA APLICADA A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas-Instituto Materno Perinatal-Lima-2009.

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

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

**Gracias por su colaboración.**

#### I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MADRE

**1. ¿Cuántos años cumplidos tienes a la fecha?**

- |       |       |
|-------|-------|
| 14-15 | (...) |
| 16-17 | (...) |
| 18-19 | (...) |

**2. ¿En qué zona se ubica tu vivienda?**

- |                 |       |
|-----------------|-------|
| Urbana          | (...) |
| Urbano marginal | (...) |

**3. ¿Cuál es tu estado civil actual?**

- |                     |       |
|---------------------|-------|
| Soltera             | (...) |
| Casada/conviviente  | (...) |
| Divorciada/separada | (...) |

**4. ¿Qué grado de instrucción alcanzaste a la fecha?**

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

**5. ¿A qué te dedicas actualmente?**

- Estudiante                      (...)
- Ama de casa                    (...)
- Empleada domestica          (...)
- Comerciante                    (...)

**II. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL PADRE**

**6. ¿Cuántos años cumplidos tiene el papa de tu bebe fecha?**

- 15-18                            (...)
- 19-21                            (...)
- 21 a +                            (...)

**7. ¿Qué grado de instrucción tiene el padre de tu bebe?**

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

**8. ¿A qué se dedica el padre de tu bebe actualmente?**

- Estudiante                      (...)
- Obrero                            (...)
- Empleado                        (...)
- Comerciante                    (...)

### III. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

#### 9. ¿Con quién vives actualmente?

Pareja	(...)
Padres	(...)
Familiares	(...)

#### 10. Actualmente ¿tienes pareja?

Si	(...)
No	(...)

#### 11. ¿Qué tiempo de relación sostuviste con el padre de tu bebé?

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

#### 12. Actualmente ¿cuál es la relación con el padre de tu bebé?

Conviviente	(...)
Separado	(...)
Abandono	(...)
Ignorada	(...)

### IV. HISTORIA REPRODUCTIVA

#### 13. Edad de la primera relación sexual

10-12	(...)
13-16	(...)
17-20	(...)

**14. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?**

- |             |       |
|-------------|-------|
| Diario      | (...) |
| Interdiario | (...) |
| Semanal     | (...) |
| Mensual     | (...) |
| Ninguno     | (...) |

**15. ¿Utilizaste algún método anticonceptivo antes de embarazarte?**

- |    |       |
|----|-------|
| Si | (...) |
| No | (...) |

Código:

Fecha: ---/---/---

### ANEXO 03

## FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL SOBRE EL CONTROL DEL EMBARAZO

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas-Instituto Materno Perinatal-Lima-2009.

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

**Gracias por su colaboración.**

### I. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.

#### Peso

Bajo peso

Normal

Sobrepeso

Obesidad

Talla

IMC

Presión arterial

Altura uterina

Fecha de última menstruación (FUM)-----

Fecha probable de parto (FPP)-----

## **II. ANTECEDENTES DE PATOLOGIAS**

Diabetes Mellitus	(...)
VIH	(...)
Sífilis	(...)
Infección Urinaria	(...)
Sobrepeso y Obesidad	(...)
Hipertensión Arterial	(...)
Bebedor Problema	(...)
Tabaquismo	(...)
Ninguno	(...)

## **III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

Abortos	(...)
Embarazos	(...)
Edad gestacional	(...)
Número de controles prenatales	(...)
Vacuna contra el tétanos	(...)

## **IV. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Glicemia	(...)
Test de Elisa	(...)
VDRL o RPR	(...)
Urocultivo	(...)
Grupo Rh	(...)

### **Medición del embarazo**

1. Embarazo de alto riesgo obstétrico
2. Embarazo de mediano riesgo
3. Embarazo normal

Código:

Fecha: ---/---/---

#### ANEXO 04

### INVENTARIO DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas-Instituto Materno Perinatal-Lima-2009.

**INSTRUCCIONES.** Estimado paciente, a continuación aparece una lista de problemas que las personas a veces tenemos, léalos atentamente y escriba una S, cuando considere que el problema en cuestión le afecta habitualmente, y una N en caso de que el problema no le afecte en absoluto o lo haga raramente.

Su información será de mucho valor.

**Gracias por su colaboración.**

	PROBLEMAS	Si	No
1	Tendencia a sufrir frecuentes dolores de cabeza		
2	Sensación de estar constantemente en estado de tensión y de no hallarse relajada		
3	Estar excesivamente cansada la mayor parte del tiempo; no sentirse lo suficientemente descansada y fresca después de dormir		
4	Sensación de presión en la cabeza, como si se tuvieran gomas muy tensas alrededor de ella		
5	Sensación de falta de energía e impulso; necesidad de todas las reservas de energía para realizar las tareas ordinarias		
6	Temblores, excesivo sudor, taquicardia		
7	Problemas de sueño, pesadillas, sueños sin descansar		
8	Sensación de ahogo y tensión sin razón para ello		
9	Llegar a la conclusión de que las situaciones nos superan demasiado fácilmente; hacer una montaña de un grano de arena		

10	Darse cuenta de que los propios sentimientos se hieren con facilidad; ser excesivamente sensible		
11	Encontrar siempre algo por lo que preocuparse		
12	Sentarse para tener un momento de relax y pensar en aspectos negativos del pasado y el futuro		
13	Ser bastante consciente de los procesos del propio organismo; tales como latidos violentos del corazón, pinchazos, etc.,		
14	Reaccionar en exceso ante pequeños problemas diarios, tanto en casa como en el trabajo		
15	Crear que sucederá lo peor, aun cuando el riesgo es muy pequeño; por ejemplo, no sentirse tranquila hasta que toda la familia se encuentra segura en casa		
16	Querer estar pendiente de las cosas para asegurarse de que todo va bien		
17	Tomarse a nivel personal todo aquello que sale mal		
18	Experimentar sobresaltos cuando suena el teléfono o se produce algún pequeño ruido extraño		
19	No ser capaz de concentrarse en casa o en el trabajo; distraerse fácilmente por problemas irrelevantes y poco deseados		
20	Experimentar oleadas de miedo, ansiedad o sensaciones de pánico sin razón aparente		
21	Encontrarse muy indeciso; emplear demasiado tiempo para tomar decisiones, dejando a un lado cosas que tienen que hacerse		
22	Sentirse que se está perdiendo el control sobre muchas situaciones de la vida propia; que uno es víctima desvalida de las circunstancias		

**Evaluación de la vulnerabilidad al estrés:**

- 17-22            Alta vulnerabilidad
- 11-16           Mediana vulnerabilidad
- 5-10            Baja vulnerabilidad
- ≤ 4              Mínima vulnerabilidad

Código:

Fecha: ---/---/---

## ANEXO 05

### INVENTARIO DE ANSIEDAD

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas-Instituto Materno Perinatal-Lima-2009.

**INSTRUCCIONES.** Estimada mamá, lea con atención cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se siente usted generalmente o en la mayoría de las ocasiones. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

La información será manejada de manera confidencial, asegurando su privacidad.

Utiliza la siguiente escala de valoración:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. A menudo
5. Casi siempre

**Gracias por tu colaboración.**

Nº		Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1	Me siento bien.					
2	Me canso rápidamente.					
3	Siento ganas de llorar.					
4	Me gustaría ser tan feliz como otros.					
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.					
6	Me siento descansada.					
7	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.					

8	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.					
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.					
10	Soy feliz.					
11	Suelo tomar las cosas con demasiada seriedad.					
12	Me falta confianza en mi mismo.					
13	Me siento segura.					
14	No suelo afrontar las crisis o dificultades de mi embarazo.					
15	Me siento triste (melancólica).					
16	Estoy satisfecha con mi embarazo.					
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.					
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.					
19	Soy una persona estable.					
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada.					

### Medición de la ansiedad

- >50 : Ansiedad grave
- 38-49 : Ansiedad moderada
- 26-37 : Ansiedad leve
- 25 a < : No ansiedad

Código:

Fecha: ---/---/---

## ANEXO 06

### ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas-Instituto Materno Perinatal-Lima-2009.

**INSTRUCCIONES.** Estimada gestante, las siguientes frases describen actitudes personales en relación con lo que pensamos sobre nosotras mismas cuando nos enfrentamos a un problema a una tarea o a cualquier actividad. Lee cada frase y decide en qué grado te describe. No hay respuestas correctas o erróneas. Por favor, sé muy sincera y descríbete como eres realmente y no como quisieras ser. Utiliza la siguiente escala de valoración:

1. Incorrecto
2. Apenas cierto
3. Más bien cierto
4. Cierto

**Gracias por tu colaboración.**

Nº	Frases	1	2	3	4
1	Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien <i>se</i> oponga.				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5	Gracias a mis cualidades y recursos pueda superar situaciones imprevistas.				
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquila porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				

**Código:**

**Fecha:** ----/----/---

## **ANEXO N° 07**

### **ESCALA DEL AFRONTAMIENTO DEL EMBARAZO**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas-Instituto Materno Perinatal-Lima-2009.

**INSTRUCCIONES:** Sra., Srta. La saludo cordialmente y le solicito se sirva responderlas preguntas marcando con un aspa (X) sobre la alternativa que corresponde a la estrategia de afrontamiento que realizas durante su embarazo.

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

**Gracias por su colaboración.**

Para marcar sírvase tener en cuenta la siguiente puntuación:

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

**Gracias.**

N°	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO  ¿En qué medida usted aplica las siguientes estrategias frente a su experiencia de embarazo?	ALTERNATIVAS				
		No lo hago o lo hago muy poco	Lo hago muy poco	Lo hago a medias	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
<b>I. DIRIGIDO A LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b>						
<b>Búsqueda de diversiones relajantes</b>						
1	Escucho música o veo televisión.					
2	Leo temas que me resultan interesantes.					
3	Dibujo, pinto, toco un instrumento musical, etc.					
<b>Distracción física</b>						
4	Salgo de paseo a lugares atractivos como el campo abierto, lugares con áreas verdes, plaza, etc.					
5	Camino, juego, etc.					
6	Practico deportes.					
7	Realizo ejercicios.					
<b>Esforzarse y tener éxito</b>						
8	Me esfuerzo por cumplir con todos mis propósitos.					
9	Logro las cosas que son difíciles para mí.					
10	Cumplo con mis actividades diarias con regularidad.					
<b>Concentración en la resolución de los problemas</b>						
11	Pienso antes de actuar y justifico la razón de cada acto.					
12	Busco lo mejor en cada uno de mis actos.					
13	Centro toda mi capacidad en la solución de mis problemas.					
14	Trato de resolver las causas de mis problemas.					
15	Recuerdo a los que están en peores problemas y por lo tanto mi problema no parece tan malo.					
<b>Fijarse en lo positivo</b>						
16	Enfrento mi embarazo y me planteo formas de salir adelante.					
17	Concentro todas mis esperanzas y expectativas en mi bebé.					
18	Considero que mi embarazo es una fortaleza para mi desarrollo.					
19	Espero superar mi embarazo y que todo me vaya bien					
20	Siento seguridad por la atención profesional durante mi embarazo.					

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

<b>III. AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO</b>		No lo hago o no lo aplico	Lo hago muy poco	Lo hago a veces	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
<b>Autoinculparse</b>						
47	Me miro como una mala hija que defraudó las expectativas de mis padres y amigos					
48	Me considero culpable de lo que me pasa, pues cometí el gran error de quedar embarazada.					
49	Siento que he faltado a las reglas de la sociedad.					
<b>Hacerse ilusiones</b>						
50	Sueño despierta sobre las cosas que me resultarían bien.					
51	Me ilusiono al pensar que mi vida cambiará y podré ser feliz.					
52	Trato de no pensar que seré una madre feliz.					
<b>Ignorar el problema</b>						
53	Cuando soy consciente de mi embarazo, trato de olvidar e ignorarlo.					
54	Oculto mi embarazo a los demás.					
55	Rechazo y no acepto el hecho de estar embarazada					
<b>Falta de afrontamiento</b>						
56	Me siento una mujer no deseable por la sociedad.					
57	Me doy por vencida y pienso que todo el mundo se derrumbó para mí.					
58	Deseo que nada de esto que me este ocurriendo sea real, por el contrario quiero que se de el milagro de no estar embarazada.					
59	Sufro dolores de cabeza, de estómago, etc. y me deprimó fácilmente.					
60	Disminuye mi apetito y cambia mis hábitos de sueño.					
61	Me enfermo.					
62	No encuentro ningún modo de tratar de resolver mi problema.					
63	Lloro, grito, me sacó los pelos o me río sin razón.					

<b>Preocuparse</b>						
64	Evito la asistencia y la ayuda de un profesional.					
65	Reservo mis preocupaciones, mis angustias y la gran desilusión que tengo de la vida.					
66	Evito estar con mi familia, mis amigos, y en ocasiones con mi pareja.					
67	Me preocupo porque empiezo a sentir una nueva vida dentro de mí.					
68	Me preocupo por los cambios que me suceden por el embarazo.					
69	Me preocupo por el cercano nacimiento de mi bebé y la vida que nos espera vivir juntos.					
70	Me preocupo por mis responsabilidades de madre que implica lucha, trabajo y sacrificio.					
71	Me preocupo por lo que dicen los demás respecto a mi embarazo.					
<b>Reservarlo para sí</b>						
72	Muestro desinterés por cualquier tema de conversación que se relacione con el embarazo.					
73	No intento en hacer algo porque tengo la seguridad de fracaso.					
74	Muchas adolescentes no lograron salir bien de este problema, y pienso que me irá igual o peor.					
75	Prefiero quedarme en casa cumpliendo mis tareas domésticas en vez de salir con mis amigos.					
76	Realizo con normalidad mis actividades rutinarias.					
<b>Reducción de la Tensión</b>						
77	Voy a fiestas o a la discoteca para disipar mis preocupaciones.					
78	Para sentirme mejor tomo alcohol, fumo cigarrillos o consumo drogas.					
79	Encuentro la manera de desahogarme, produciéndome algún daño o a mi bebé.					

**Medición del afrontamiento:**

197-395 = Afrontamiento positivo  
196≤ = Afrontamiento negativo

**Código:**

**Fecha:** ---/---/---

## **ANEXO N° 08**

### **CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA APLICADO A ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas-Instituto Materno Perinatal-Lima-2009.

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

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

Para marcar sírvase tener en cuenta la siguiente puntuación:

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

**Gracias por su colaboración.**

<b>IV. Desarrollo Personal</b>					
	<b>Educación</b>				
14	Tengo las posibilidades de continuar con mis estudios.				
15	Tengo posibilidades de acceder a una profesión				
16	Quiero aprender cosas interesantes y útiles				
	<b>Competencia personal</b>				
17	Considero que he alcanzado los conocimientos necesarios para manejar mi vida de forma independiente.				
18	Tengo habilidades personales para enfrentarme y resolver mis problemas.				
	<b>Desempeño</b>				
19	Tengo metas personales claras con respecto a lo que quiero conseguir en la vida.				
20	Me esfuerzo y hago todo lo necesario para alcanzar mis metas.				
21	Obtengo éxito en las diferentes actividades que realizo.				
<b>V. Bienestar Físico</b>					
	<b>Salud</b>				
22	Conservo un buen estado de salud				
23	Tengo una buena alimentación				
24	No presento síntomas de ninguna enfermedad.				
	<b>Actividades de la vida diaria</b>				
25	Me siento bien físicamente				
26	Realizo mis actividades diarias (alimentación, aseo, vestido, auto cuidado, etc.) con total normalidad.				
	<b>Atención de salud</b>				
27	Dispongo de servicios de salud de calidad para la atención de mi embarazo.				
28	Me siento satisfecho con la atención de salud que me brindan				
	<b>Ocio</b>				
29	Me tomo tiempo para practicar algún deporte, leer una revista, jugar, bailar recrearme de cualquier otra forma.				

<b>VI. Auto Determinación</b>				
	<b>Autonomía/Control Personal</b>			
30	Tengo la libertad de decidir y actuar por mí misma, de acuerdo a mis creencias, valores y preferencias.			
	<b>Metas y valores personales</b>			
31	Me considero una persona con cuantiosas capacidades para alcanzar el éxito profesional.			
32	Evito el consumo de alcohol y drogas.			
	<b>Elecciones</b>			
33	Procuro llevar una vida saludable y libre de violencia.			
34	Me preocupo por estar en forma, lucir atractiva y vestirme bien.			
35	Me gusta la música, el arte o alguna afición artística — cultural			
36	Procuro tener buenos amigos y ser apreciada por ellos.			
<b>VII. Inclusión Social</b>				
	<b>Integración y participación en la comunidad</b>			
37	Participo y me integro en las actividades, reuniones y fiestas que organiza la comunidad donde vivo.			
38	Realizo bien las tareas que me asignan en el grupo y/o comunidad que integro y por ello soy reconocida ante los demás.			
38	Participo en los grupos de apoyo como: terapias de recreación, integración social y educación maternal.			
	<b>Roles comunitarios</b>			
39	Me siento útil y soy respetada en mi condición de estar embarazada.			
<b>VIII. Derechos</b>				
40	Dispongo los mismos derechos con los demás adolescentes.			

### **Medición de la calidad de vida**

106-160 = Alta calidad de vida

54-105 =Mediana calidad de vida

53≤ =Baja calidad de vida

## ANEXO 09

### HOJA DE INFORMACIÓN ENTREGADA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Efecto de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas-Instituto Materno Perinatal-Lima-2009.

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

La realización del estudio tendrá lugar del siguiente modo: En una primera visita se aplicará la escala del afrontamiento (ACS) 2<sup>da</sup> parte, con el objetivo de conocer cuál es el nivel de afrontamiento frente al embarazo.

Tras analizar las estrategias de afrontamiento, las gestantes con niveles de afrontamiento ineficaz serán incluidas en uno de los dos grupos del estudio. Esta asignación a cada uno de los dos grupos se hará al azar, de modo que la mitad de las adolescentes embarazadas recibirán las sesiones para un afrontamiento eficaz ante el embarazo y las demás gestantes formarán parte de un grupo control, que no recibirá dichas sesiones, si lo desea, al finalizar el estudio.

A lo largo de 2 meses, con una periodicidad de 15 días/mes, las gestantes asistirán a tres controles prenatales, en las que se llevará a cabo realización de la historia clínica, medidas antropométricas, controles prenatales y valoración psicológica, con el objetivo de evaluar los cambios producidos después de aplicada las sesiones.

En la primera visita, se aplicará una entrevista para conocer datos sociodemográficos, también se les aplicará la escala del afrontamiento (ACS) 1<sup>da</sup>

parte, con el objetivo de conocer cuál es su situación problemática. Del mismo modo se aplicará una escala para medir el nivel de estrés.

En un segundo contacto, al cual serán invitados todos los que serán seleccionados para el estudio se aplicarán todos los instrumentos definidos para el estudio antes de iniciar con las estrategias de afrontamiento.

Si la adolescente embarazada es incluida en el grupo que recibirá el tratamiento, asistirá a seis sesiones (dos por mes) de una hora y media de duración cada una. Se llevarán a cabo en grupos pequeños de diez gestantes en un espacio tranquilo y habilitado. El objetivo de estas sesiones será reconocer aquéllos estímulos que producen un afrontamiento ineficaz, el estrés, potenciar los mecanismos de defensa frente a ellos y aprender otros nuevos, así como aprender a controlar las reacciones que tales estímulos provocan en el paciente.

Es posible que no se produzca beneficio directo alguno para el paciente por participar en el estudio. Sin embargo puede obtener beneficio de la terapia y experimentar un mejor control de la enfermedad, un mejor pronóstico objetivo y una mayor sensación de salud física y psíquica. En cualquier caso, los participantes del estudio serán sometidos a un control más frecuente de su enfermedad.

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

La participación en el estudio que proponemos es totalmente voluntaria. Además, las personas participantes tienen el derecho de revocar su consentimiento y abandonar en cualquier momento si lo estiman conveniente, sin necesidad de explicaciones.

---

Firma de la investigadora

## ANEXO 10

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Yo, ....., estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que lleva a cabo por la Lic en enfermería **HAYDEE ROMAN ARAMBURU**, en conjunto con el Instituto Materno Perinatal-Lima.

El objetivo del estudio es determinar el efecto de la estrategia de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Con esta información, se podrá saber más claramente, cómo el equipo de salud puede ayudar y potenciar la adaptación de la adolescente frente al proceso de su embarazo; lo que también potenciará una maternidad saludable hacia la calidad de vida.

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

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma adolescente

\_\_\_\_\_  
Firma investigador

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Lima, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2009.

## ANEXO 11

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Los datos que se obtengan a lo largo del estudio así como los extraídos de su historia clínica son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que los responsables de la investigación y, eventualmente, las autoridades de esta institución tengan acceso a su historia clínica comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencialidad, los datos personales que se le requieren (edad, sexo, datos de salud, del embarazo y de su situación en general) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio. El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con las normas del hospital, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación, solicitándolo al médico que le atiende en este estudio.

---

Responsable de la investigación.

## ANEXO 12

### NOTIFICACIÓN DE INVITACIÓN A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Estimada gestante:

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

**La invitamos a participar en una investigación que se esta realizando, con la colaboración del Instituto Materno Perinatal-Lima”**

Su participación (que no le llevará más de 60 minutos) consiste en contestar un cuestionario. Su experiencia nos servirá para ayudar a las futuras adolescentes embarazadas a adaptarse, de la mejor manera posible, al embarazo.

Le agradezco de antemano su importante colaboración.

---

Juana Pérez

Psicóloga

PD: Favor presentarse en la sala de consejería del adolescente del Instituto Materno Perinatal-Lima”, donde será atendido de inmediato.

## ANEXO 13

### PLAN DE SESIONES DE LA ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO APLICADO A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Guía para el desarrollo de la primera sesión educativa  
(6-7 semanas de embarazo)

#### “INICIANDO A LAS MADRES EN EL CONOCIMIENTO DE LA GESTACIÓN Y EL PARTO COMO UN EVENTO NORMAL”.

<b>Objetivos específicos del programa de actividades</b>	Motivar la expresión de sentimientos de la adolescente frente a su embarazo. Generar la reflexión en base a su experiencia.
<b>Actividad</b>	Abordar la experiencia del embarazo de la adolescente mediante facilitadores como las fotografías.
<b>Tema</b>	“Iniciando a las madres en el conocimiento de la gestación y el parto como un evento normal”. - Embarazo en la adolescencia. - Experiencias agradables y desagradables para la adolescente embarazada.
<b>Técnica dinámica</b>	Proyección.
<b>Técnica didáctica</b>	Fotolenguaje. Juego
<b>Procedimiento</b>	En una mesa central se extenderán diversas fotografías. Cada participante escogerá una con la que se sienta más identificada. Se permitirá que comience a hablar quien libremente así lo desee. Si alguna participante tuviera dificultad para expresar lo que siente, se le ayudará preguntando, por ejemplo: ¿Por qué elegiste esa fotografía? ¿Cómo crees que se siente la persona de la fotografía? ¿Qué crees que puede estar pensando? ¿Qué dificultades puede tener? ¿Hay alguna relación de la fotografía contigo? Se llevará registro de lo que dice cada participante.

### Propuesta de guía para el desarrollo de la tercera sesión educativa

(10-11 semanas de embarazo)	
TEMA	SUB TEMAS
Autoeficacia en la adolescente embarazada.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Asertividad: tipos de asertividad</li><li>2. La Comunicación: noticia del embarazo a las familias, comunicación con la pareja, consecuencias.</li></ol>

### Propuesta de guía para el desarrollo de la cuarta sesión educativa

(12-13 semanas de embarazo)	
TEMA	SUB TEMAS
Salud de la adolescente embarazada	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Salud de la adolescente embarazada: nutrición, afrontamiento para el parto.</li><li>2. Consecuencias de estos embarazos no planeados</li><li>3. Proyectos a futuro de la adolescente embarazada.</li></ol>

### Propuesta de guía para el desarrollo de la quinta sesión educativa

(14-15 semanas de embarazo)	
TEMA	SUB TEMAS
Cuidados de cuidados prenatales en la adolescente embarazada.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cuidados de cuidados prenatales en la adolescente embarazada: alimentación, sexo, ejercicios y reposo.</li></ol>

### **Propuesta de guía para el desarrollo de la sexta sesión educativa**

**(16-17 semanas de embarazo)**

TEMA	SUB TEMAS
Cuidados post natales	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="681 524 995 557">1. Cuidados post natales;</li><li data-bbox="681 568 1275 651">2. Post Parto: Cambios físicos de la madre; El cuidado del recién nacido.</li></ol>

## ANEXO 14

### **PRIMERA SESION PRESENTACIÓN DE LA INTERVENCION PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

#### **Objetivos:**

- Concientizar a las adolescentes embarazadas en afrontamiento para mejorar su calidad de vida
- Identificar los factores que les conlleva a su embarazo.
- Identificar los problemas psicoafectivos que estas presentando las participantes.
- Ayudar a superar los problemas de psicoafectivas

#### **Población:**

Las adolescentes embarazadas comprendidas entre 15 a 19 años de edad, que sean atendidos en el Servicio Materno–Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima.

#### **Duración aproximada:**

1 hora 30 min.

#### **Lugar:**

Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima

#### **Materiales necesarios:**

- Equipo multimedia (laptop y cañón multimedia).
- Video, y diapositiva en medio virtual.
- Parlantes con adaptador a laptop.
- Trípticos sobre el tema de la sesión psicoeducativa, que sirva como guía a los participantes.
- Hojas de registro de los participantes.

- Hojas en blanco y un lapicero para cada participante.
- Folder para la recolección de las hojas de tarea encomendada.
- Sillas y mesas.

**Descripción:**

1. Iniciamos con la recepción e inscripción de los participantes, entrega de fotochek y materiales a cada participante. Seguidamente se presenta el equipo de investigación.
2. Se entregará “trípticos” con el contenido del tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte teórica y así puedan releerlo en sus domicilios.
3. Proyección de un video “Embarazo en adolescentes”, como introducción al tema a tratar (duración 10 min).
4. Se desarrolla el contenido teórico acerca embarazo en la adolescencia y la autoestima, con el apoyo de material audio visual a fin de facilitar el proceso enseñanza aprendizaje.
5. Descripción del embarazo en la adolescencia: factores predisponentes, y determinantes del embarazo en la adolescencia, síntomas. diagnostico y test de embarazo, complicaciones.
6. Experiencias desagradables a causa del embarazo.
7. Aspectos psicoafectivos que se alteran en las adolescentes embarazadas ámbito personal y familiar.
8. Cierre de la sesión y despedida.
9. Se hace entrega de “Hojas de Autorregistro”, en cual la adolescente deberá anotar a lo largo de la semana los aspectos que se solicitaban en relación con lo aprendido en la sesión; por ejemplo, autoestima: como se sienten al respecto, experiencias desagradables que tienen durante el embarazo, etc. Se les insistirá en que este trabajo encargado entre sesiones será muy importantes, ya que permitirá el entrenamiento y la generalización de las estrategias de afrontamiento para mejorar su calidad de vida.

**LOS CONTENIDOS DE LA PRIMERA SESIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SERÁ ESTRUCTURADA DE LA SIGUIENTE MANERA:**

**MANERA:**

<b>PRESENTACIÓN DE LA EFECTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>						
<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividad.</b>	<b>Objetivo terapéutico</b>	<b>Recapitulación</b>	<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Criterios de finalización de la intervención.</b>
		Recepción de participantes y del equipo especialista para dar la educación.	Presentación del equipo de investigación	Especialistas encargados de las sesiones remarcan clima de confianza.	Identificación y reconocimiento entre participantes.	Interrelación personal
		Proyección del video "Ser madre adolescente",	Concientizar a las adolescentes embarazadas en afrontamiento par mejorar su calidad de vida	Respuesta emocional de concientización.	Participante se encuentran concientizados.	Participantes concientizados.
		Desarrollo del contenido teórico acerca de la intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas	Vincular al participante con el tema.	Resumen de actividades.	Participante informado de las sesiones.	Participante atiende la información que se le imparte.

	Descripción del embarazo en la adolescencia: factores pre disponibles, y determinantes del embarazo en las adolescentes, síntomas. Diagnóstico y test de embarazo, complicaciones.	Identificar los factores que les conlleva a su embarazo.	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	Participante atiende la información que se le imparte.
	Descripción de los aspectos psicoafectivos que se alteran en las adolescentes embarazadas ámbito personal y familiar.	Identificar los problemas psicoafectivos que estas las presentando participantes.  Ayudar a superar los problemas de psicoafectivos	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	Participante atiende la información que se le imparte.  Participante supera sus problemas psicoafectivos.
	Dinámica y refrigerio.	Incentivarlas para su asistencia a la próxima sesión.	Respuesta emocional participación.	Hoja de asistencia.	Participante participo de todas las sesiones de intervención psicoeducativa.

	Entrega de "Hojas de Autorregistro", en cual la adolescente deberá anotar a lo largo de la semana los aspectos que se solicitaban en relación con lo aprendido en la sesión.	Evaluar cuanto esta captando y que cambios genero en su vida.	Respuestas en forma escrita.	Respuestas adecuadas y que demuestran un alto grado de comprensión del tema.	Participante capto los contenidos impartidos y lo aplica eficazmente en su vida diaria.
	Cierre de la sesión y despedida	Ser gratos con el tiempo dispuesto por los participantes.	Despedida.	Gratitud de cada uno de los participantes.	Actitudes positivas en las participantes

## **ANEXO 15**

### **SEGUNDA SESIÓN PRESENTACIÓN DE LA INTERVENCION PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

#### **Objetivos:**

- Identificar los problemas de autoestima de las participantes.
- Crear confianza en la participante para expresar sus problemas de autoestima.
- Ayudar a superar los problemas de autoestima

#### **Población:**

Las adolescentes embarazadas comprendidas entre 15 a 19 años de edad, que sean atendidos en el Servicio Materno–Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima.

#### **Duración aproximada:**

1 hora 30 min.

#### **Lugar:**

Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima

#### **Materiales necesarios:**

- Equipo multimedia (laptop y cañón multimedia).
- Video, y diapositiva en medio virtual.
- Parlantes con adaptador a laptop.
- Trípticos sobre el tema de la sesión psicoeducativa, que sirva como guía a los participantes.
- Hojas de registro de los participantes.
- Hojas en blanco y un lapicero para cada participante.
- Folder para la recolección de las hojas de tarea encomendada.
- Sillas y mesas.

**Descripción:**

1. Iniciamos con la recepción e inscripción de los participantes, entrega de fotochek y materiales a cada participante. Seguidamente se presenta el equipo de investigación.
2. Se entregará “trípticos” con el contenido del tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte teórica y así puedan releerlo en sus domicilios.
3. Se desarrolla el contenido teórico acerca Autoestima: Tipos de autoestima, Comportamientos de la baja autoestima.
4. Dinámica y refrigerio.
5. Cierre de la sesión y despedida.
6. Se hace entrega de “Hojas de Autorregistro”, en cual la adolescente deberá anotar a lo largo de la semana los aspectos que se solicitaban en relación con lo aprendido en la sesión; por ejemplo, autoestima: como se sienten al respecto, experiencias desagradables que tienen durante el embarazo, etc. Se les insistirá en que este trabajo encargado entre sesiones será muy importantes, ya que permitirá el entrenamiento y la generalización de las estrategias de afrontamiento para mejorar su calidad de vida.

**LOS CONTENIDOS DE LA PRIMERA SESIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS SERÁ ESTRUCTURADA DE LA SIGUIENTE**

**MANERA:**

<b>PRESENTACIÓN DE LA EFECTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>						
<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>	<b>Actividad.</b>	<b>Objetivo terapéutico</b>	<b>Recapitulación</b>	<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Criterios de finalización de la intervención.</b>
		Recepción de participantes y del equipo especialista para dar la educación.	Presentación del equipo de investigación	Especialistas encargados de las sesiones remarcan clima de confianza.	Identificación y reconocimiento entre participantes.	Interrelación personal
		Proyección del video "Ser madre adolescente",	Concientizar a las adolescentes embarazadas en afrontamiento par mejorar su calidad de vida	Respuesta emocional de concientización.	Participante se encuentran concientizados.	Participantes concientizados.
		Desarrollo del contenido teórico a tratarse.	Vincular al participante con el tema.	Resumen de actividades.	Participante informado de las sesiones.	Participante atiende la información que se le imparte.

	Autoestima: Tipos de autoestima, Comportamientos de la baja autoestima y como superarlo.	Identificar los problemas de autoestima de los participantes.  Crear confianza en la participante para expresar sus problemas de autoestima.  Ayudar a superar los problemas de autoestima	Resumen de las actividades.	Preguntas y repreguntas.	Participante atiende la información que se le imparte.  Participante expresa sus problemas de autoestima.  Participante supera sus problemas de autoestima.
	Dinámica y refrigerio.	Incentivarlas para su asistencia a la próxima sesión.	Respuesta emocional participación.	Hoja de asistencia.	Participante participo de todas las sesiones de intervención psicoeducativa.
	Entrega de "Hojas de Autorregistro", en cual la adolescente deberá anotar a lo largo de la semana los aspectos que se solicitaban en relación con lo aprendido en la sesión.	Evaluar cuanto esta captando y que cambios genero en su vida.	Respuestas en forma escrita.	Respuestas adecuadas y que demuestran un alto grado de comprensión del tema.	Participante captó los contenidos impartidos y lo aplica eficazmente en su vida diaria.
	Cierre de la sesión y despedida	Ser gratos con el tiempo dispuesto por los participantes.	Despedida.	Gratitud de cada uno de los participantes.	Actitudes positivas en las participantes

## **ANEXO 16**

### **TERCERA SESIÓN PRESENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

#### **Objetivos:**

- Preparar adolescente embarazada con un buen estado de salud para el parto.
- Fomentar a las participantes la formulación sus proyectos para su futuro.
- Evaluar cuanto esta captando de la intervención psicoeducativa y que cambios genero en su vida.

#### **Población:**

Las adolescentes embarazadas comprendidas entre 15 a 19 años de edad, que sean atendidos en el Servicio Materno–Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima.

#### **Duración aproximada:**

1 hora 30 min.

#### **Lugar:**

Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima

#### **Materiales necesarios:**

- Equipo multimedia (laptop y cañón multimedia).
- Video, y diapositiva en medio virtual.
- Parlantes con adaptador a laptop.
- Trípticos sobre el tema de la sesión psicoeducativa, que sirva como guía a los participantes.
- Hojas de registro de los participantes.
- Hojas en blanco y un lapicero para cada participante.
- Folder para la recolección de las hojas de tarea encomendada
- Sillas y mesas.

**Descripción:**

1. Se inicia con la confirmación de asistencia de los participantes (10 minutos).
2. Los primeros quince minutos se destinarán a recordar el contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos en relación con él a lo largo de las semanas.
3. Recojo de las hojas de autoregistro, dadas en la sesión anterior.
4. Se resuelven las dudas o interrogantes que quedaron de la sesión anterior.
5. Se entregará “trípticos” con el contenido del tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte teórica y así puedan releerlo en sus domicilios.
6. Se desarrolla el contenido teórico acerca de asertividad, con el apoyo de material audio visual a fin de facilitar el proceso enseñanza aprendizaje.
7. Descripción de asertividad: tipos de asertividad
8. La Comunicación: noticia del embarazo a las familias, comunicación con la pareja, consecuencias.
9. Dinámica (5min).
10. Cierre de la sesión y despedida.
11. Se hace entrega de “Hojas de Autorregistro”, en el cual las adolescentes deberá anotar a lo largo de la semana los aspectos que se solicitaban en relación con lo aprendido en la sesión; por ejemplo, asertividad: como es la comunicación con su familia y pareja, proyectos para su futuro, etc. Se les insistirá en que este trabajo encargado entre sesiones será muy importantes, ya que permitirá el entrenamiento y la generalización de las estrategias de afrontamiento para mejorar su calidad de vida.

Los contenidos de intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas serán estructurados de la siguiente manera:

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADA						
Fecha	Hora	Actividad	Objetivo terapéutico	Recapitulación	Criterio de evaluación	Criterios de finalización de la intervención.
		Se inicia con la confirmación de asistencia de los participantes.	Estimar la participación parcial o total de las adolescentes.	Lista de participantes.	Participación de cada paciente.	Interrelación personal.
		Recordar el contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos.	Evaluación de cumplimiento de tareas asignadas.	Recojo de tareas asignadas.	Tareas elaboradas.	Tareas desarrolladas.
		Se resuelven las dudas o interrogantes que quedaron de la sesión anterior	Disipación de dudas.	Reforzamiento de la sesión anterior.	Participante informado.	El grupo manifiesta entendimiento sobre el tema tratado anteriormente.
		Se entregará "trípticos" con el contenido del tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte teórica y así puedan releerlo en sus domicilios.	Facilitar el proceso enseñanza aprendizaje de los participantes.	Uso adecuado de los materiales impartidos.	Participante sigue el desarrollo de los temas tratados.	Participante reconoce la importancia de disponer con la información tratada.
		Desarrollo del contenido teórico acerca del tema a tratarse en la presente sesión psicoeducativa.	Vincular al participante con el tema.	Resumen de actividades.	Participante informado de las sesiones.	Participante atiende la información que se le imparte.

		Descripción de asertividad: tipos de asertividad, La Comunicación: noticia del embarazo a las familias, comunicación con la pareja, consecuencias.	Reforzar los vínculos de comunicación de la adolescente con su familia y pareja.	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	Participantes expresan que la comunicación con su familia y pareja ha mejorado.
		Dinámica y refrigerio.	Incentivarlas para su asistencia a la próxima sesión.	Respuesta emocional de participación.	Hoja de asistencia.	Participante participo de todas las sesiones de intervención psicoeducativa.
		Entrega de "Hojas de Autorregistro", en cual la adolescente deberá anotar a lo largo de la semana los aspectos que se solicitaban en relación con lo aprendido en la sesión.	Evaluar cuanto esta captando y que cambios genero en su vida.	Respuestas en forma escrita.	Respuestas adecuadas y que demuestran un alto grado de comprensión del tema.	Participante captó los contenidos impartidos y lo aplica eficazmente en su vida diaria.
		Cierre de la sesión y despedida	Ser gratos con el tiempo dispuesto por los participantes.	Despedida.	Gratitud de cada uno de los participantes.	Actitudes positivas en las participantes

Los contenidos de intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas serán estructurados de la siguiente manera:

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADA						
Fecha	Hora	Actividad	Objetivo terapéutico	Recapitulación	Criterio de evaluación	Criterios de finalización de la intervención.
		Se inicia con la confirmación de asistencia de los participantes.	Estimar la participación parcial o total de las adolescentes.	Lista de participantes.	Participación de cada paciente.	Interrelación personal.
		Recordar el contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos.	Evaluación de cumplimiento de tareas asignadas.	Recojo de tareas asignadas.	Tareas elaboradas.	Tareas desarrolladas.
		Se resuelven las dudas o interrogantes que quedaron de la sesión anterior	Disipación de dudas.	Reforzamiento de la sesión anterior.	Participante informado.	El grupo manifiesta entendimiento sobre el tema tratado anteriormente.
		Se entregará "trípticos" con el contenido del tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte teórica y así puedan releerlo en sus domicilios.	Facilitar el proceso enseñanza aprendizaje de los participantes.	Uso adecuado de los materiales impartidos.	Participante sigue el desarrollo de los temas tratados.	Participante reconoce la importancia de disponer con la información tratada.
		Desarrollo del contenido teórico acerca del tema a tratarse en la presente sesión psicoeducativa.	Vincular al participante con el tema.	Resumen de actividades.	Participante informado de las sesiones.	Participante atiende la información que se le imparte.

		Salud de la adolescente embarazada: nutrición, afrontamiento para el parto.	Preparar a la adolescente embarazada con un buen estado de salud para el parto.	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	Adolescente embarazada se encuentra preparada y con un buen estado de salud para el parto.
		Proyectos a futuro de la adolescente embarazada.	Fomentar a las participantes la formulación de sus proyectos para su futuro.	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	La participante formula sus proyectos para su futuro.
		Dinámica y refrigerio.	Incentivarlas para su asistencia a la próxima sesión.	Respuesta emocional de participación.	Hoja de asistencia.	Participante participo de todas las sesiones de intervención psicoeducativa.
		Entrega de "Hojas de Autorregistro", en cual la adolescente deberá anotar a lo largo de la semana los aspectos que se solicitaban en relación con lo aprendido en la sesión.	Evaluar cuanto esta captando y que cambios genero en su vida.	Respuestas en forma escrita.	Respuestas adecuadas y que demuestran un alto grado de comprensión del tema.	Participante captó los contenidos impartidos y lo aplica eficazmente en su vida diaria.
		Cierre de la sesión y despedida	Ser gratos con el tiempo dispuesto por los participantes.	Despedida.	Gratitud de cada uno de los participantes.	Actitudes positivas en las participantes

## **ANEXO 18**

### **QUINTA PRESENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

#### **Objetivos:**

- Evaluación de cumplimiento de tareas asignadas.
- Mejorar su calidad de vida de la adolescente embarazada.
- Preparar físico, intelectual y emocional para el nacimiento de su hijo y de esta forma colaborar a que nazca en las mejores condiciones.
- Incentivarlas para que apliquen en sus hogares los conocimientos impartidos.

#### **Población:**

Las adolescentes embarazadas comprendidas entre 15 a 19 años de edad, que sean atendidas en el Servicio Materno-Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima.

#### **Duración aproximada:**

1 hora 30 min.

#### **Lugar:**

Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima

#### **Materiales necesarios:**

- Equipo multimedia (laptop y cañón multimedia).
- Video, y diapositiva en medio virtual.
- Parlantes con adaptador a laptop.
- Trípticos sobre el tema de la sesión psicoeducativa, que sirva como guía a los participantes.
- Hojas de registro de los participantes.

- Hojas en blanco y un lapicero para cada participante.
- Folder para la recolección de las hojas de tarea encomendada
- Sillas y mesas.

**Descripción:**

1. Se inicia con la confirmación de asistencia de los participantes (10 minutos).
2. Dinámica.
3. Breve repaso del contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos a lo largo de la semana.
4. Recojo de las hojas de autoregistro, dadas en la sesión anterior.
5. Se resuelven las dudas o interrogantes que quedaron de la sesión anterior.
6. Se entregará “trípticos” con el contenido del tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte teórica y así puedan releerlo en sus domicilios.
7. Se desarrolla el contenido teórico acerca de cuidados de cuidados prenatales en la adolescente embarazada: alimentación, sexo, ejercicios y reposo.
8. El Parto: Preparación Psicoprofiláctica.
9. Refrigerio.
10. Cierre de la sesión y despedida.

Los contenidos de intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas serán estructurados de la siguiente manera:

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADA						
Fecha	Hora	Actividad	Objetivo terapéutico	Recapitulación	Criterio de evaluación	Criterios de finalización de la intervención.
		Se inicia con la confirmación de asistencia de los participantes.	Estimar la participación parcial o total de las adolescentes.	Lista de participantes.	Participación de cada paciente.	Interrelación personal.
		Dinámica.	Incentivarlas para su atención durante la presente sesión.	Respuesta emocional de atención y concentración.	Estado de ánimo de la participante.	Participante participo activamente en la sesión de intervención psicoeducativa.
		Breve repaso del contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos a lo largo de la semanas	Evaluación de cumplimiento de tareas asignadas.	Recojo de tareas asignadas.	Tareas elaboradas.	Tareas desarrolladas.
		Se resuelven las dudas o interrogantes que quedaron de la sesión anterior	Disipación de dudas.	Reforzamiento de la sesión anterior.	Participante informado.	El grupo manifiesta entendimiento sobre el tema tratado anteriormente.
		Se entregará "trípticos" con el contenido del tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte teórica y así puedan releerlo en sus domicilios.	Facilitar el proceso enseñanza aprendizaje de los participantes.	Uso adecuado de los materiales impartidos.	Participante sigue el desarrollo de los temas tratados.	Participante reconoce la importancia de disponer con la información tratada.

		Se desarrolla el contenido teórico acerca de cuidados pre natales; con el apoyo de material audio visual a fin de facilitar el proceso enseñanza aprendizaje.	Vincular al participante con el tema.	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	Participante atiende la información que se le imparte.
		Descripción de cuidados prenatales en la adolescente embarazada: alimentación, sexo, ejercicios y reposo.	Mejorar su calidad de vida de la adolescente embarazada.	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	Participante atiende la información que se le imparte y se muestra concientizada para aplicarlo en su vida.
	El Parto: Preparación Psicoprofiláctica.	Preparación físico, intelectual y emocional para el nacimiento de su hijo y de esta forma colaborar a que nazca en las mejores condiciones.	Preparar físico, intelectual y emocional para el nacimiento de su hijo y de esta forma colaborar a que nazca en las mejores condiciones.	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	La participante se encuentra preparada tanto físico, intelectual y emocionalmente para el nacimiento de su hijo y de esta forma colaborar a que nazca en las mejores condiciones.
	Dinámica y refrigerio.	Incentivarlas para que apliquen en sus hogares los conocimientos impartidos.	Incentivarlas para que apliquen en sus hogares los conocimientos impartidos.	Respuesta emocional de participación.	Estado de ánimo de la participante.	Participante se muestra concientizada y expresa aplicarlo en su vida.
	Cierre de la sesión y despedida	Ser gratos con el tiempo dispuesto por los participantes.	Ser gratos con el tiempo dispuesto por los participantes.	Despedida.	Gratitud de cada uno de los participantes.	Actitudes positivas en las participantes

## ANEXO 19

### SEXTA SESION PRESENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

#### Objetivos:

- Evaluación de cumplimiento de tareas asignadas.
- Mejorar su calidad de vida de la adolescente embarazada.
- Preparar físico, intelectual y emocional para el nacimiento de su hijo y de esta forma colaborar a que nazca en las mejores condiciones.
- Preparar a la participante para que brinde a su bebe una atención oportuna, continua y segura.
- Incentivarlas para que apliquen en sus hogares los conocimientos impartidos.

#### Población:

Las adolescentes embarazadas comprendidas entre 15 a 19 años de edad, que sean atendidos en el Servicio Materno–Infantil del Instituto Materno Perinatal de Lima.

#### Duración aproximada:

1 hora 30 min.

#### Lugar:

Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima

#### Materiales necesarios:

- Equipo multimedia (laptop y cañón multimedia).
- Video, y diapositiva en medio virtual.
- Parlantes con adaptador a laptop.

- Trípticos sobre el tema de la sesión psicoeducativa, que sirva como guía a los participantes.
- Hojas de registro de los participantes.
- Hojas en blanco y un lapicero para cada participante.
- Folder para la recolección de las hojas de tarea encomendada
- Sillas y mesas.

**Descripción:**

1. Se inicia con la confirmación de asistencia de los participantes (10 minutos).
2. Dinámica.
3. Breve repaso del contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos en la semanas.
4. Recojo de las hojas de autoregistro, dadas en la sesión anterior.
5. Se resuelven las dudas o interrogantes que quedaron de la sesión anterior.
6. Se entregará “trípticos” con el contenido del tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte teórica y así puedan releerlo en sus domicilios.
7. Se desarrolla el contenido teórico acerca de cuidados post natales; con el apoyo de material audio visual a fin de facilitar el proceso enseñanza aprendizaje.
8. Post Parto: Cambios físicos de la madre; El cuidado del recién nacido.
9. Refrigerio.
10. Cierre de la sesión y despedida.

Los contenidos de intervención psicoeducativa de afrontamiento en la calidad de vida de adolescentes embarazadas serán estructurados de la siguiente manera:

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES EMBARAZADA						
Fecha	Hora	Actividad	Objetivo terapéutico	Recapitulación	Criterio de evaluación	Criterios de finalización de la intervención.
		Se inicia con la confirmación de asistencia de los participantes. Dinámica.	Estimar la participación parcial o total de las adolescentes. Incentivarlas para su atención durante la presente sesión.	Lista de participantes. Respuesta emocional de atención y concentración.	Participación de cada paciente. Estado de ánimo de la participante.	Interrelación personal. Participante participo activamente en la sesión de intervención psicoeducativa.
		Breve repaso del contenido de la sesión anterior y a analizar brevemente los objetivos conseguidos en la semanas.	Evaluación de cumplimiento de tareas asignadas.	Recojo de tareas asignadas.	Tareas elaboradas.	Tareas desarrolladas.
		Se resuelven las dudas o interrogantes que quedaron de la sesión anterior	Disipación de dudas.	Reforzamiento de la sesión anterior.	Participante informado.	El grupo manifiesta entendimiento sobre el tema tratado anteriormente.
		Se entregará "trípticos" con el contenido del tema que se expondrá para facilitar el seguimiento de la parte teórica y así puedan releerlo en sus domicilios.	Facilitar el proceso enseñanza aprendizaje de los participantes.	Uso adecuado de los materiales impartidos.	Participante sigue el desarrollo de los temas tratados.	Participante reconoce la importancia de disponer con la información tratada.

		Se desarrolla el contenido teórico acerca de cuidados post natales; con el apoyo de material audio visual a fin de facilitar el proceso enseñanza aprendizaje.	Vincular al participante con el tema.	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	Participante atiende la información que se le imparte.
		Post Parto: Cambios físicos de la madre; El cuidado del recién nacido.	Preparar a la participante para que brinde a su bebe una atención oportuna, continua y segura.	Resumen de actividades.	Preguntas y repreguntas.	La participante se encuentra preparada para que brinde a su bebe una atención oportuna, continua y segura.
		Dinámica y refrigerio.	Incentivarlas para que apliquen en sus hogares los conocimientos impartidos.	Respuesta emocional de participación.	Estado de ánimo de la participante.	Participante se muestra concientizada y expresa aplicarlo en su vida.
		Cierre de la sesión y despedida	Ser gratos con el tiempo dispuesto por los participantes.	Despedida.	Gratitud de cada uno de los participantes.	Actitudes positivas en las participantes

## ANEXO 20

### EVALUACIÓN DE LAS SESIONES DE LA ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO.

Gracias por completar este formato de evaluación. Sus comentarios y opiniones serán tomados en cuenta para futuros módulos.

Sesión #: \_\_\_\_\_

Nombre de la Sesión: \_\_\_\_\_

Facilitador/a \_\_\_\_\_

**E: Excelente B: Bueno R: Regular M: Malo**

ITEM	CRITERIOS	E	B	R	M
CONTENIDOS DE LA SESIÓN	Relevante para la SSR de adolescentes				
	Acertada y profunda				
	Aplicable para su trabajo				
	Aportó recursos / Desarrolló habilidades				
METODOLOGÍAS	Fluye fácil				
	Participativa				
	Tuvo en cuenta conocimiento/experiencia de participantes				
	Permitió alcanzar los objetivos de la sesión				
	Permitió vincular otros temas				
MATERIALES DIDÁCTICOS	Claros				
	Adecuados				
	Pertinentes				
	Útiles				
	Oportunos				

Qué ganó de ésta sesión (conocimiento y habilidades):

Sugerencias para hacer más efectiva esta sesión en el futuro:

-----

-----

-----

-----