



UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"
DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

HABILIDADES SOCIALES Y AUTOCUIDADO EN LA GESTANTE
ADOLESCENTE. MICRO RED DE SALUD CHACHAPOYAS - AMAZONAS

2014.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

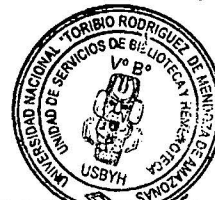
AUTORA:

Br. Enf. BETSY LIRENA ILIQUÍN FERNÁNDEZ.

ASESORA:

Lic. Enf. FANNY MARGOLITH GÓMEZ GUEVARA

27 ABR 2015,



CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2014



**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**HABILIDADES SOCIALES Y AUTOCUIDADO EN LA GESTANTE
ADOLESCENTE. MICRO RED DE SALUD CHACHAPOYAS – AMAZONAS
2014.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Br. Enf. BETSY LIRENA ILIQUÍN FERNÁNDEZ.

ASESORA:

LIC. ENF. FANNY MARGOLITH GÓMEZ GUEVARA

27 ABR 2015,

CHACHAPOYAS - AMAZONAS – PERÚ

2014



DEDICATORIA.

A MIS PADRES por guiar cada paso de mi vida, por su amor, ejemplo y apoyo incondicional que me han brindado para culminar satisfactoriamente mi carrera profesional. **A MIS PROFESORES Y COMPAÑEROS**, por sus permanentes consejos, apoyo y comprensión en mi vida estudiantil.

AGRADECIMIENTO.

A Dios todo poderoso, por su infinita misericordia, por guiar mi camino, darme fe para seguir adelante y llenarme de bendiciones.

Mi agradecimiento especial a mi asesora **Lic. Fanny Margolith Gómez Guevara** por su acertada asesoría y orientación constante e incondicional en la realización de la presente investigación.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza por permitir que los estudiantes realicen investigación durante su formación profesional.

Al todas las gestantes pertenecientes a la Micro Red de Salud Chachapoyas por aceptar colaborar en la aplicación de los instrumentos de investigación.

A todos ellos mi más profundo agradecimiento.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.

Dr. Vicente Marino Castañeda Chávez.

Rector.

Dr. Roberto José Nervi Chacón.

Vicerrector académico.

Dr. Ever Salome Lázaro Bazán.

Vicerrector administrativo.

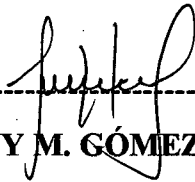
Mg. Gladys Bernardita León Montoya

Decana (e) de la facultad de enfermería.

DECLARACIÓN JURADA.

Yo Lic. **FANNY MARGOLITH GÓMEZ GUEVARA**, identificado con D.N.I. N° 41467650, con domicilio legal en el Jr. La Merced N°1083, docente contratada en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, asesora de la tesis titulado “HABILIDADES SOCIALES Y AUTOCUIDADO EN LA GESTANTE ADOLESCENTE. MICRO RED DE SALUD CHACHAPOYAS - AMAZONAS 2014” presentado por la Br. Enf. Betsy Lirena Iliquín Fernández.

Por lo indicado doy testimonio y **visto bueno**, que la Br. Enf. Betsy Lirena Iliquín Fernández, ha ejecutado el proyecto de investigación mencionado, por lo que en fe a la verdad firmo al pie para mayor veracidad.



Lic. Enf. FANNY M. GÓMEZ GUEVARA.

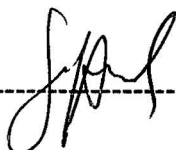
D.N.I. N° 41467650

JURADO CALIFICADOR.

(Resolución Decanatural N° 095-2014-UNTRM-VRAC/F.E.)

Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo

Presidenta.



Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez.

Secretaria.



Lic. Enf. Maribel Meléndez Guadalupe.

Vocal.



Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán.

Accesitaria.

ÍNDICE DE CONTENIDO.

	PÁG.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES	iii
VISTO BUENO DE LA ASESORA.	iv
JURADO DE TESIS	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	7
III. MATERIAL Y MÉTODOS	22
3.1. Tipo y diseño de investigación.	22
3.2. Universo muestral.	22
3.3. Método, técnica e instrumentos de recolección de datos.	23
3.4. Análisis de datos.	27
IV. RESULTADOS.	28
V. DISCUSIÓN.	35
VI. CONCLUSIONES.	49
VII. RECOMENDACIONES.	50
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS.	56

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA N° 01: Habilidades sociales y autocuidado de la gestante adolescente. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.	28
TABLA N° 02: Habilidades sociales de la gestante adolescente según dimensiones. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.	30
TABLA N° 03: Autocuidado de la gestante adolescente según dimensiones. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.	32

ÍNDICE DE FIGURAS.

	PÁG.
FIGURA N° 01: Habilidades sociales y autocuidado de la gestante adolescente. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.	28
FIGURA N° 02: Habilidades sociales de la gestante adolescente según dimensiones. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.	31
FIGURA N° 03: Autocuidado de la gestante adolescente según dimensiones. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.	33

ÍNDICE DE ANEXOS.

	PÁG.
ANEXO N° 01: Instrumentos de recolección de datos (test de evaluación de las habilidades psicosociales y autocuidado de la gestante).	57
ANEXO N° 02: Validez del instrumento: test de evaluación de las habilidades psicosociales	66
ANEXO N° 03: Confiabilidad del instrumento: test de evaluación de las habilidades psicosociales.	72
ANEXO N° 04: Validez del instrumento: autocuidado de la gestante.	76
ANEXO N° 05: Confiabilidad del instrumento: autocuidado de la gestante.	82
ANEXO N° 06: Otras tablas.	85

RESUMEN.

El presente trabajo de investigación se estableció con el objetivo de determinar la relación que existe entre las habilidades sociales y autocuidado en la gestante adolescente de la Micro Red de Salud Chachapoyas – Amazonas 2014; el diseño de investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, prospectivo, analítico y de corte transversal; el universo muestral estuvo conformado por 28 gestantes adolescentes; como método se utilizó la encuesta, como técnica el cuestionario; como instrumentos, el test de evaluación de las habilidades psicosociales elaborado por la Dirección General de Promoción de la salud, modificada por la investigadora y el formulario del cuestionario sobre autocuidado de la gestante elaborado por la investigadora; cuya validez de ambos instrumentos fue $V.C = 8.67361 > VT = 1.64$ (adecuado) y la confiabilidad de los instrumentos fue realizada a través alfa de Crombach obteniendo un valor de 0.632 (moderada confiabilidad). Los datos se procesaron a través del paquete estadístico SPSS versión 20 y Microsoft Excel. Los resultados fueron: del 100% (28); el 25% (7) tienen nivel media de habilidades sociales y buen autocuidado; así mismo el 32.1% (9) tiene nivel alta de habilidades sociales y autocuidado regular; por otro lado el 14.3% (4) tienen nivel media de habilidades sociales y autocuidado deficiente. Para la decisión estadística se utilizó la prueba del Ji Cuadrado cuyo valor fue $X^2 = 19,008$, con 6 grados de libertad; con un nivel de significancia de $0.004 < 0.05$, aceptando la hipótesis alterna (H_a). Conclusión: existe una relación estadísticamente significativa entre habilidades sociales y autocuidado.

Palabras claves: Gestante adolescente, habilidades sociales, autocuidado.

ABSTRACT.

The following research work was established with the objective of determining the existent relationship between the social abilities and the pregnant teenagers self-care from the Chachapoyas healthcare Department – Amazonas 2014. The design of this research is focused on a quantitative, analytical perspective and a cross-section and 28 pregnant teenagers formed the sample universe. The survey was used as a the method and the questionnaire as a technique, the tools used were the “psychosocial abilities evaluation test”, which was elaborated by the General Department of the Health Promotion and after was modified by the researcher, and the questionnaire form about the pregnant Self-care, which was elaborated by the researcher. In addition, the validity of these instruments was $V.C = 8.67361 > VT = 1.64$ (Suitable) and its reliability was realized through the “alpha of crombach”, getting a value of 0.632 (moderate reliability). The data was processed through the “SPSS Statistics Software, version 20” and “Microsoft Excel”. The results were these: from the 100% (28), the 25% (7) has a medium level of social abilities and a good self-care, the 32.1% (9) has a high level of social abilities and a regular self-care, and the 14.3% (4) has a medium level of social abilities and a deficient self-care. The Chi-square test was used for the statistics decision, which value was $X^2 = 19,008$, with six degrees of freedom, and a significant level of $0.004 < 0.05$, accepting in this way the alternate hypothesis (H_a). In conclusion: there is a statistically significant relationship between the social abilities and the self-care.

Key words: Teenager pregnant, social abilities, self-care.

I. INTRODUCCIÓN.

A nivel mundial existe un problema de gran magnitud de parte de las mujeres embarazadas, ya que las madres de estos tiempos no tienen conocimiento acerca de la importancia del autocuidado y de las complicaciones que pueden tener a futuro, debido a que si no hay un buen cuidado en la alimentación, en los controles prenatales, en el tipo de vestimenta que debe utilizar las mujeres embarazadas entre otras cosas, van a traer al mundo un niño con problemas de salud y con complicaciones a futuro; aumentado de esta manera la morbi-mortalidad a causa de las enfermedades congénitas. (Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, et.al. 2011).

El déficit de habilidades sociales está asociado con gran número de problemas de internación, como baja autoestima, conducta negativa, antisocial y déficit en la toma de decisiones. (Giardini, Sh; Del Prette, A. y Del Prette, Z. 1999).

Esos problemas no se distribuyen de manera homogénea en relación al género; consideran que los adolescentes del sexo femenino presentan más problemas de internación, tales como ansiedad y problemas relacionados con la afectividad, mientras que los del sexo masculino reciben en mayor parte de la atención en problemas como agresividad y abuso de drogas. (Giardini, Sh. Del Prette, A y Del Prette, Z. 1999).

Aunando a los problemas ya citados, se encuentran aquellos relacionados con las dificultades de aprendizaje, involucrarse en accidentes de tránsito por conductas impulsivas, y los embarazos precoces o no deseados. Esta diversidad de problemas entre los adolescentes es un indicador de que esta población requiere de gran inversión social en acciones que favorezcan la prevención y promoción de su salud psicológica. Tales acciones, en comparación con aquellas centradas en la recuperación de la salud, son más indicadas, tanto económica (en función de sus costos relativamente bajos) como éticamente (por evitar prejuicios para el adolescente, la familia y la comunidad). (Giardini, Sh. Del Prette, A y Del Prette, Z. 1999).

Las personas con déficit en habilidades sociales experimentan aislamiento social, rechazo y una baja autoestima, como consecuencia de percibirse a sí mismas como incompetentes socialmente. Cuando las habilidades sociales son apropiadas, el resultado es un mayor sentido de autoeficacia y un mayor reforzamiento social positivo, tanto a corto como a largo plazo. Una persona con habilidades sociales busca alcanzar sus propias metas pero también tiene en cuenta los intereses de los demás, y cuando entran en conflicto trata de encontrar, en la medida de lo posible, soluciones satisfactorias para ambos. (Marqués, E. 2013).

Un conjunto de habilidades sociales se identifica por medio de conductas específicas que se manifiestan en situaciones de interacción social. La probabilidad de que se manifiesten depende de la interacción de factores personales (motivación e interés) y contextuales o situacionales; además están orientadas al logro de objetivos que requieren influir sobre el ambiente social; han de adecuarse a los objetivos y a las demandas de la situación. Una conducta considerada adecuada en una situación determinada puede ser, sin lugar a dudas, inapropiada en otras. Las habilidades sociales son sinónimo de eficacia del comportamiento interpersonal; poseer habilidades aumentará la posibilidad de conseguir objetivos o recompensas personales, materiales y sociales; y, por último, se pueden aprender mediante un entrenamiento adecuado. Estas habilidades sociales pueden resultar útiles para desempeñar con eficacia las funciones tales como obtener reforzadores en las relaciones con los demás, impedir la pérdida de reforzamiento social, facilitar el mantenimiento o mejora de interacciones interpersonales satisfactorias, aumentar la autoestima y el bienestar personal, adquirir mayor conocimiento de sí mismo y de los demás, controlar los niveles de estrés propios y ajenos, dado que permite controlar situaciones interpersonales problemáticas y conflictivas. (Marqués, E. 2013).

También se debe tener en cuenta que las habilidades sociales atribuidas a las mujeres varían de acuerdo a la sociedad, a la época y sobre todo a la condición de vida, lo que significa que no están establecidas por la biología ya que su determinación es social. Es importante tomar en cuenta a la adolescencia como una de las principales etapas, en la adquisición de las habilidades sociales ya que en

esta edad están comenzando no solo a experimentar cosas nuevas sino que están a punto de ingresar a una nueva etapa tanto a nivel educativo como a nivel laboral. (Peres, X. 2005).

Por otro se debe tomar en cuenta la importancia del autocuidado en las mujeres gestantes, debido a que si ellas no llevan los debidos controles, se pueden presentar problemas tales como un producto que no pudo llegar a término o lo que es peor un producto en condiciones de salud no favorables para su existencia en este medio ambiente. Por lo cual podría venir a sufrir a este mundo, solo por no llevar un debido cuidado de parte de la madre, de esta forma poder evitar complicaciones con tan fatales desenlaces como lo es la muerte y dejar un vacío tan grande en aquellas personas que esperaban su llegada ansiosamente. El autocuidado debe ser de vital importancia no solo de las madres embarazadas, sino también de todas las personas en general, ya que autocuidado quiere decir bienestar del ser humano en forma general, es decir estar bien psicológicamente, físicamente y por último espiritualmente, siendo esa los componentes perfectos para llevar una vida equilibrada, tranquila, duradera completándola así con una alimentación adecuada, para su edad. El escaso control prenatal y el autocuidado en las embarazadas se puede basar en que no disponen de recursos económicos para realizarse los chequeos médicos, así como también la falta de interés y negación en sus embarazos pues muchas veces son abandonadas por sus convivientes en su etapa de gestación, la cual causa desprecio en ellas la cual a su vez muestra gran desmotivación al producto que lleva dentro. (Alcolea, S. y Mohamed, D. 2011).

A nivel nacional, según INEI 2013, en el Perú, de acuerdo con el área de residencia, el porcentaje de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez en el área rural, representan el doble de aquellas que viven en el área urbana. En efecto, 22 de cada 100 las adolescentes de 15 a 19 años de edad son madres en el área rural, mientras que en el área urbana la relación es de 10 de cada 100 mujeres adolescentes. La tendencia histórica muestra que, en 16 años, el porcentaje promedio de madres adolescentes se ha mantenido alrededor de 13% a nivel nacional, en 10% en el área urbana y en 21% en el área rural. Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, muestran que del

total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,2% estuvo alguna vez embarazada de éstas el 10,8% eran madres y el 2,4% estaban gestando por primera vez. (INEI. 2013).

El 15% de las adolescentes peruanas han estado embarazadas cuando menos una vez en su vida; realidad que atraviesan muchas adolescentes en el Perú y que lamentablemente persiste; según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES realizada en el año 2011 por el INEI, en los últimos once años la tasa de madres adolescentes en el Perú se mantiene casi sin variación entre ese porcentaje, sin embargo en estos últimos años sus cifras han mostrado un ligero incremento por causa de los niveles de poco conocimiento de la sexualidad y el poco esfuerzo del sector público de dar educación preventiva y los servicios desde el Ministerio de Salud donde no se dieron durante más de cinco años servicios para adolescentes que no han ayudado a mejorar las tasas. La mayoría de embarazos en menores de edad se dan en las adolescentes entre los 12 y 19 años de edad; según cifras del ministerio de salud el 60% de embarazos en adolescentes son no deseados y muchos de ellos son por violación; es por eso, que el embarazo adolescente se ha convertido en primera causa de suicidios entre las adolescentes, siendo ésta la primera causa indirecta de muerte materna. (TV PERÚ NOTICIAS. 2014).

En el Perú el 19.3% de la población son adolescentes, la mayor proporción de población adolescente vive en zona Urbana 65% y el 35% en zona rural. Se identifican dos tipos de escenarios geográficos donde el embarazo en adolescente se concentra en mayor proporción: zonas rurales en la selva de los departamentos de Loreto, Ucayali, San Martín y Amazonas; y zonas urbano-marginales de áreas metropolitanas de Lima, Callao, Piura y Trujillo. (Minaya, P. 2012).

A nivel regional, en Amazonas la incidencia de embarazo adolescente (20.8%) es una de las más altas a nivel nacional, llegando a cifras de más del 40% al interior de sus provincias (Condorcanqui). (UNICEF/Perú. 2012).

A nivel local en la ciudad de Chachapoyas en el año 2014, existe un 16,56% de la población adolescente de los cuales el 12,3% son gestantes o por lo menos ya han sido madres una vez, ésta es una realidad motivo de preocupación para los

programas sociales en general y para los de salud; por lo tanto aún requiere identificar factores de riesgo para facilitar un mejor abordaje y por ende existe el incremento de atenciones de partos institucionales relacionados con la mejora del acceso a los servicios de salud para dichas gestantes. (Fuente: Oficina de Epidemiología y Estadística HRVF Chachapoyas. 2014).

Durante el tiempo de prácticas en los diferentes establecimientos de salud de la Micro Red de Salud Chachapoyas, se observó que existen adolescentes embarazadas, que evidenciaban desinterés en su autocuidado ya que manifestaban: "... no me llama la atención arreglarme; no me importa que piensen de mi estado físico ni de mi estado de salud...". Además se observó que respecto a sus habilidades sociales que muchas de ellas se mostraban cohibidas cuando se les preguntaba por su embarazo, bajaban la cabeza, se sonrojaban; son estas situaciones que pone de manifiesto que éstas adolescentes aún no están preparadas para afrontar su nueva etapa de vida y por lo tanto no se evidencia un adecuado autocuidado respecto a su embarazo.

La condición de la maternidad en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública y social en todos los contextos tanto para la familia, la comunidad y el estado, pero muy particularmente para la propias adolescentes ya que, deben asumir una serie de prácticas de cuidado para su bienestar y del hijo por nacer; algunas de éstas pueden ser beneficiosas pero otras pueden ser contraproducentes para su edad. En la Micro Red de Salud Chachapoyas, se evidenció gestantes adolescentes quienes estuvieron pasando por cambios bio-psicosociales que las condujeron hacia la madurez de adultos; además se encontraban en la etapa de transición de ser hijos para ahora adoptar el rol de madre, lo cual es un obstáculo para que puedan desarrollar sus habilidades sociales mostrando una comunicación pasiva, dificultades en la toma de decisiones, manejo inadecuado en el control de la ira y por último evidenciaban una baja autoestima, lo que les dificultaba tener un adecuado autocuidado durante su gestación, ya que no le prestaban la atención que debe a su embarazo observándolas con déficit en su higiene personal (con cabello en mal estado higiénico, con uñas largas y desaseadas), vestimenta inadecuada para

su gestación, malos hábitos alimenticios (consumo de comida chatarra) e incumplimiento en las citas para sus controles.

El presente estudio es importante ya que permitió conocer más el objeto del cuidado de enfermería y mejorar la atención que se ve reflejada en la práctica diaria con adolescentes gestantes de diferentes lugares; asimismo, dirigir con mayor eficacia los modelos de atención integral de salud, potenciando capacidades y promoviendo respuestas humanas adaptativas a favor de las adolescentes, favoreciendo su empoderamiento paulatino y progresivo relacionado al desarrollo de sus habilidades sociales. Finalmente en la realidad muy poco es lo que se han estudiado e investigado sobre este tema y al conocer los resultados del presente estudio, se pretende concientizar a la población y al personal de salud sobre el autocuidado que debe tener la gestante adolescente; también se pretende plantear estrategias de mejora en el área de obstetricia; por otro lado ésta investigación servirá como base a otras investigaciones que guarden relación con el objeto de estudio.

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre las habilidades sociales y autocuidado de la gestante adolescente. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014; y teniendo como objetivos específicos identificar las habilidades sociales de la gestante adolescente según dimensiones: asertividad, toma de decisiones, comunicación, autoestima y control de la ira. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014; e identificar el autocuidado de la gestante adolescente según dimensiones: realización de sus controles, alimentación, higiene y belleza, ropa y calzado, cuidados posturales, sueño y descanso, ejercicio, precauciones especiales y reconocimiento de signos de alarma. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014; y por último caracterizar a las gestantes adolescentes según edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, procedencia y tiempo de gestación en las gestantes adolescentes. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014

En los siguientes capítulos de la tesis se presentan la base teórica utilizada para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.

II. MARCO TEÓRICO.

2.1. BASE TEÓRICA.

2.1.1. HABILIDADES SOCIALES.

a. Definición:

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas emitidas por el ser humano en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando conductas de los demás y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. (Ministerio de Educación del Perú. 2008).

También consideradas como un conjunto de comportamientos que presenta una persona ante las exigencias de una situación interpersonal dada, considerando esta situación en un sentido amplio y ubicada en el contexto cultural en el que se presenta. Estos desempeños suponen la expresión de los sentimientos y la defensa de los propios derechos considerando también los del otro. (Dirección General de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud. 2005).

b. Tipos de habilidades Sociales:

Según Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares y Fascículo de Habilidades Sociales necesarias en la adolescencia se basa en:

- ✓ ***La asertividad:*** Es una habilidad social que implica afirmarse a sí mismo, defendiendo los propios derechos sin agredir o violentar los de los demás. Comportarse asertivamente es comunicar las creencias, sentimientos y opiniones de manera directa, honesta, adecuada, oportuna, considerada y respetuosa. Consiste en comportarse conforme al derecho que cada quien tiene de ser quien es. (Dirección General de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud. 2005).

Una persona asertiva es capaz de: expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de forma eficaz sin desconsiderar a los demás y sin crear o sentir vergüenza. Discriminar entre la aserción, ofensa e indiferencia. Las ocasiones en las que la expresión personal es importante y adecuada. Defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco razonable de los demás. Defender una postura personal frente a una situación o tema sin dejarse presionar para cambiarla. También el ser humano asertivo tiene capacidad de asegurar con firmeza y decisión cuanto dice y hace. Por ello podemos equipar asertividad a seguridad en sí mismo, a autoafirmación. (Ministerio de Educación del Perú. 2008)

Para que la persona realmente sea asertiva, en primer lugar, debe tener una conciencia realmente clara de lo que son los propios derechos. Esto no es tan sencillo, puesto que es fácil pecar por defecto o por exceso. (Ministerio de Educación del Perú. 2008)

✓ **Toma de decisiones:** Todas las personas permanentemente están tomando decisiones; esto les da la posibilidad de tener el control de sus vidas, así como también de responsabilizar sus actos. A veces suele ser muy fácil el tomar decisiones; pero en otros momentos es difícil escoger la mejor opción. Algunas decisiones pueden angustiar, por ejemplo tener otro hijo, cambiar de trabajo, mudarse a otra ciudad, etc. Una decisión correcta o incorrecta les acercará o alejará para lograr lo que quieran en sus vidas. Al llegar a esta etapa, los adolescentes se ven urgidos a tomar decisiones que pueden tener consecuencias importantes en su vida. Esta es una situación nueva, ya que durante la infancia son los padres los que toman decisiones por sus hijos con el fin de cuidarlos y protegerlos. Generalmente los padres no educan a los adolescentes para hacerse responsables de sus actos. Debido a ello las primeras decisiones que tienen que tomar los adolescentes les resultan difíciles y les genera muchas dudas y angustias. (Dirección General de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud. 2005).

La capacidad de analizar críticamente la realidad es un elemento importante para la toma de decisiones. Para desarrollar este contenido deben crear situaciones educativas que les permitan a los adolescentes reflexionar sobre su manera de pensar, creencias, opiniones, valores y principios que rigen su vida. Una estrategia que facilita este proceso es a través de debates sobre temas polémicos, generando la reflexión grupal y resaltando el derecho a que cada uno tenga su propia opinión y respete las opiniones de los demás (Ministerio de Educación del Perú. 2008)

- ✓ **La comunicación:** Como se sabe, forma parte de la vida desde que son engendrados. Es a partir de la comunicación y las interrelaciones que se generan con ella que establecen códigos comunes que permiten satisfacer sus necesidades. Permanentemente se comunican, aunque no necesariamente de la manera más adecuada. La comunicación empática hace un énfasis en aquella comunicación en la que se pone en práctica la habilidad para escuchar atentamente al otro, y la habilidad para expresar eficientemente las necesidades, sentimientos y deseos. (Dirección General de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud. 2005).
- ✓ **La autoestima:** Es determinante del bienestar emocional del adolescente y se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Los sistemas de apoyo social, particularmente las relaciones con los padres contribuyen a aumentar la autoestima de los adolescentes. Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los adolescentes desarrollar una serie de habilidades y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida más saludable. Por el contrario, la baja autoestima se ve implicada en los problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste. (Dirección General de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud. 2005).

✓ **Control de la ira:** Permite identificar el estado de ánimo de la adolescente entre ellas se encuentran la cólera, la irritabilidad y agresión. (Dirección General de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud. 2005).

2.1.2. AUTOCUIDADO EN LA GESTANTE.

a. Definición:

El prefijo "auto" se refiere al ser humano completo, y "cuidado" se refiere a la totalidad de actividades personales que tienen como finalidad mantener la vida, la salud y su desarrollo de manera normal, con la doble connotación de ser para uno mismo y realizado por uno mismo. Al adoptar el modelo de Orem en la práctica clínica, en la teoría del autocuidado se encuentran los elementos para el establecimiento de los primeros contactos con la persona, para el conocimiento de sus particularidades, sus sistemas de autocuidado habituales y las manifestaciones y repercusiones en su funcionamiento y bienestar. El derecho y la responsabilidad de cada persona: derecho debido a que cuando una persona no puede cuidarse por sí misma ni puede ser ayudada por sus seres cercanos necesita de ayuda social o profesional; responsabilidad que trasciende de uno mismo, ya que a veces se hace para otros. (Urrutia, M. 2012).

El autocuidado es el comportamiento propio del ser humano, el que debe permanecer durante el crecimiento y desarrollo de la persona, como un mecanismo permanente de protección de la vida. (Urrutia, M. 2012).

Se considera como una conducta que permite actuar a la persona en situación concreta de su vida, con la finalidad de controlar, modificar o crear comportamientos sanos para regular los factores externos e internos que influyen en el estado de salud y estilos de vida de las personas. Toda mujer embarazada debe tener un auto cuidado tanto de su cuerpo, las actividades que realiza, la vivienda y la alimentación, a su vez es recomendable una higiene personal, para contribuir a que no se produzcan complicaciones en su embarazo, es recomendable que una mujer

embarazada reciba los controles prenatales adecuados durante el tiempo de gestación, esto va a contribuir a que presente menos complicaciones en su etapa gestacional tanto como en el momento del parto. Entre mejor aplicadas sean las prácticas del autocuidado, mejor va a ser la atención en servicio de salud, debido al alcance de la cobertura, por la disminución de cantidad de personas con problemas. La sociedad de un individuo, la familia y los grupos comunitarios tienen derecho a la salud, pero a su vez son ellos mismos los responsables de buscar los medios para prevenir enfermedades y tener bienestar un ejemplo es ayudándose con la alimentación, pero para que esto sea una realidad influyen a su vez varios factores como lo son la política y los gobiernos, lamentablemente no todas las personas reciben el mismo nivel de atención, así los grupos de personas que tienen mejores recursos económicos, van a recibir una atención de un nivel mejor a los de baja condición. (Urrutia, M. 2012).

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. (Santamaría, S. 2010).

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas maduras o en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, su funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar. (Santamaría, S. 2010).

En la conceptualización del autocuidado destacan algunas características: Es una función reguladora humana. Son todas las actividades llevadas a cabo de manera independiente por las personas a lo largo de toda su vida. Se realizan en favor de uno mismo como prácticas personales. Se requieren continua y diariamente. Tienen como finalidad la regulación del

propio funcionamiento y del desarrollo, con lo que contribuyen al mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Santamaría, S. 2010).

b. Tipos de autocuidado:

Según guía de cuidados durante el embarazo se basa en: (Alcolea, S. y Mohamed, D. 2011).

- ✓ **Realización de sus controles pre natales:** la gestante debe recibir sus controles durante su gestación, ya que es de gran importancia destinada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

- ✓ **Alimentación:** durante el embarazo las necesidades nutricionales son ligeramente mayores, pero esto no significa que tenga que comer por dos. La alimentación debe ser completa y variada, nunca abundante. La gestante debe aumentar en su dieta: alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas, soja). También debe consumir alimentos ricos en ácido fólico (espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos), ricos en yodo (sobre todo pescados) y ricos en calcio (lácteos), todos necesarios para el buen desarrollo de su hijo/a. también alimentos proteínicos como carne y pescado. La gestante además debe incluir en su dieta el consumo de frutas tales como verduras, pan integral, arroz, pastas y legumbres también son de gran importancia. La gestante debe beber de 1 a 1 ½ litros de agua al día, ya que además de muchos otros beneficios, va a favorecer el tránsito intestinal, evitando el estreñimiento. Debe reducir en su dieta: El consumo de los alimentos con excesivas grasas de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos, etc. El consumo de comidas con mucho azúcar, como pasteles, dulces y sobre todo la bollería industrial. Debe evitar comer carne cruda o curada como el jamón. Su dieta debe ser variada y equilibrada; fraccionada (al menos 5 comidas al día), en horarios regulares, desayunos abundantes, pobre en grasas saturadas y rica en

ácidos grasos esenciales. Preferiblemente debe consumir alimentos frescos y de elaboración sencilla, limitando los precocinados y enlatados; también moderar el consumo de rebozados y frituras.

- ✓ **Higiene y belleza:** durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal; es recomendable la ducha diaria con jabones suaves y neutros y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento (abdomen, pecho y muslos); en las piernas para prevenir las varices puede alternar agua fría con caliente; para la higiene íntima, lo mejor es el lavado de los genitales externos durante la ducha, si necesita hacerlo más de una vez, sólo deberá hacerlo con agua, además los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el Ph y favorecer las infecciones; debe utilizar ropa interior de algodón cambiándose siempre que lo necesite, no es recomendable el uso de protectores diarios ya que no deja transpirar la piel con normalidad.
- ✓ **Ropa y calzado:** hasta después de los tres meses apenas va a notar cambios externos, salvo el aumento del tamaño del pecho; después si va a necesitar cambiar la ropa habitual. Debe utilizar vestidos cómodos y holgados de tejidos naturales; también debe evitar todo lo que le oprima la cintura y las piernas (ligas, cinturones) que pueden favorecer la aparición de varices. Puede usar un sujetador apropiado para proteger las mamas y que proporcione una buena sujeción, con tirantes anchos y refuerzo en la parte inferior; esto brindará comodidad y evitará la aparición de estrías. Debe utilizar un calzado cómodo con poco tacón y base ancha para facilitar la estabilidad y el equilibrio.
- ✓ **Cuidados posturales:** a medida que avanza el embarazo aumenta el peso de su abdomen, lo que hace que se desplace su centro de gravedad y provoque una alteración del equilibrio de su cuerpo. Para compensarla suelen adoptar posturas incorrectas, como el arqueamiento excesivo de la zona lumbar que provoca dolor en la zona, cansancio y

molestias; es por ello la importancia de una postura adecuada en todas las actividades diarias y entre otras cosas. La gestante no debe permanecer de pie y quieta durante mucho tiempo; cuando camine y esté erguida debe mantener recta la espalda; cuando se siente debe apoyarse en el respaldo, utilizar cojines si fuera necesario; al agacharse debe doblar las rodillas, nunca inclinando la espalda.

- ✓ **Sueño y descanso:** el descanso y el sueño son fundamentales durante la gestación. La gestante debe dormir al menos 8 horas diarias, además es conveniente que realice pequeños descansos durante el día a ser posible en un sillón con respaldo y las piernas en alto; es recomendable que duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo. Debe también evitar la posición boca arriba cuando el útero esté muy grande, ya que puede provocarle mareos incluso disminuir la oxigenación de su hijo/a debido a la compresión que ejerce su útero sobre los grandes vasos. Para descansar debe optar la posición acostada sobre el lado izquierdo con las rodillas flexionadas. Conforme avanza el embarazo resulta difícil encontrar una postura cómoda, debe utilizar cojines para estar más incorporada, quizás se encuentre más cómoda y resulte beneficioso para su hijo/a.
- ✓ **Ejercicio:** durante el embarazo va a tener menor tolerancia al ejercicio físico, por eso es conveniente que realice ejercicio moderado de forma regular que le va a proporcionar bienestar físico, mejora en el sueño, en la circulación, en el tono muscular y además evita el excesivo aumento de peso. Los ejercicios más recomendables son los paseos al aire libre (caminatas), bicicleta estática, natación, yoga y baile.
- ✓ **Precauciones especiales:** La gestante no debe consumir alcohol, tabaco, drogas, medicamentos, evitar exponerse a cualquier tipo de radiación.

✓ **Reconocimiento de signos de alarma:** La gestante debe consultar siempre a su médico si se presentan alguna de estas situaciones, ya que pueden resultar peligrosas para ella y la de su hijo/a: fiebre de 38° C o más; dolor, molestias o sangre al orinar, vómitos continuos que no ceden; en caso de accidente o golpe importante, inflamación de tobillos, cara o manos, trastornos de la visión tipo visión borrosa, destellos, manchas, etc., fuertes dolores de cabeza, dolor abdominal intenso igual a una contracción muy fuerte que no cede, si empieza a sangrar igual a una regla, si rompe la bolsa, si el líquido es color verdoso debe darse todavía más prisa para acudir al hospital.

2.1.3. ADOLESCENCIA.

a. Definición:

La organización mundial de la salud (OMS) define como adolescencia al periodo de la vida en el cual el ser humano adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad. así mismo lo considera como un aparente periodo de vida libre de problemas físicos, sin embargo desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es considerado como un ser humano con riesgos y problemas biológicos, sociales, emocionales y espirituales (Silber, T. et.al. 1992).

La etapa de la adolescencia es considerada como de plenitud y llena de salud, él y la adolescente conviven con importantes factores de riesgo, los que conoce en gran medida, mantiene actitudes no saludables al respecto, sin tener en cuenta muchas veces las consecuencias de que ello pueden derivarse, tal es el caso de la experiencia sexual en la adolescente que puede traer como resultado un embarazo precoz y no deseado (Haro, R y Mercedes, M. 2004).

b. Etapas de la adolescencia:

Según las diferentes edades en la adolescencia la OMS la divide en tres etapas, cada una de ellas con sus características propias a saber: (Issler, J. 2001).

- ✓ *Adolescencia temprana (10 – 13 años):* Biológicamente es el periodo puberal, en grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia en las mujeres y las poluciones nocturnas en los varones. De manera personal se preocupan mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.
- ✓ *La Adolescencia intermedia (14 – 16 años):* Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. En esta etapa, se da un periodo de búsqueda de gratificación fuera de la familia de origen. Para muchos es la edad promedio de inicio de experiencias de la actividad sexual. Se sienten invulnerables y asumen conductas casi siempre generadoras de riesgo.
- ✓ *Adolescencia tardía (17 – 19 años):* En esta etapa casi no se presenta cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las íntimas relaciones y el grupo, los padres van perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

La salud de los adolescentes y jóvenes ha ido adquiriendo relevancia progresivamente en el mundo entero, tanto por una mejor comprensión de la importancia de este grupo etario en salud pública como por el aumento de los riesgos en salud, debido a los cambios de patrones de conducta, especialmente en salud reproductiva (Alfaro, B. 2001).

2.1.4. EMBARAZO ADOLESCENTE:

La salud reproductiva del adolescente se entiende como el estado de completo bienestar físico, mental y social; con ausencia de enfermedades o afecciones relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es un estado dentro del cual pueden cumplir su sexualidad y sus funciones reproductivas libres de riesgo, seleccionando de manera libre, orientada y oportuna el inicio de sus relaciones sexuales, la forma de relacionarse con la pareja, el número y espaciamiento de hijos. (González, J. 2006).

El inicio de vida sexual activa se lleva a cabo cada vez más temprano enfrentándose las adolescentes a estas relaciones sin ninguna preparación, pues no cuentan con una educación estructurada y además no se acompaña del uso adecuado de métodos anticonceptivos, resultando un alto porcentaje de embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual y SIDA que contribuyen al incremento en las tasas de morbilidad materno – infantil (Alfaro, B. 2001).

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. En la adolescente es un problema de salud pública que contribuye al incremento de la natalidad así como al aumento de la morbilidad materna y perinatal; además en distintas proporciones tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo (Alfaro, B. 2001).

La mayor parte de embarazos en adolescentes no son intencionados y se deben a la combinación de comportamiento riesgoso, falta de conocimientos en el campo reproductivo y la creencia general de que se encuentra con vulnerabilidad; es decir que es imposible que algo le pueda ocurrir. La Organización Mundial de la Salud, estima que el riesgo de morir

debido a causas maternas es dos veces más alto para mujeres de 15 – 19 años y cinco veces más de 10–14 años que para quienes tienen 20 años o más. El embarazo en adolescente es una crisis que se sobre impone a la adolescencia. Los factores que lo facilitan son de orden físico, psicológico, social y cultural. (Alfaro, B. 2001).

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura y por consiguiente a un embarazo, pues una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además encuentra alivio a la soledad y al abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico. Miles de mujeres por distintos motivos y circunstancias conciben sin haberlo planeado y algunas aceptan el hecho y tienen un hijo al que quieren, otras deciden interrumpir la gestación sin importar que sea ilegal, ni las condiciones en las que lo hacen, a pesar de lo difícil que pueda resultarles este proceso. (González, J. 2006).

2.1.5. Teorías y/o Modelos.

a. Modelo de Dorothea Orem. “teoría del autocuidado”

La teoría de Dorothea Orem, permite un abordaje integral del individuo en función de situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir a mejorar la calidad de vida. Para Orem enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado expresando que “el autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta este autocuidado, la enfermedad y la muerte se puede producir; el autocuidado es entonces un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integralidad estructural, al funcionamiento y al desarrollo del ser humano; el autocuidado es el conjunto de acciones positivas y prácticas que precisan para su realización de una elección, una decisión”. Según Orem el autocuidado no es innato, se debe aprender, por lo tanto requiere que se enseñen, esta actividad de

enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de salud, uno de ellos el enfermero, donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a los problemas. Considerando que Orem define al ser humano como un todo desde una visión holística en el que cada persona es una combinación única de factores físicos, cognitivos, emocionales y espirituales, en interrelación estrecha con su entorno cambiante y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano al mundo en el que vive. Así mismo debemos tener presente que el autocuidado, son acciones que permiten mantener la vida y la salud no son innatos deben aprenderse y dependen de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece. (Santamaría, S. 2010).

b. Teoría del desarrollo Psicosocial de Erik Erikson

Según la teoría de Erikson del desarrollo social, la adolescencia es un periodo decisivo para la formación de la identidad, en la cual deben transformarse en seres humanos responsables de su propia vida y la principal tarea del desarrollo es resolver el conflicto entre alcanzar la propia identidad y evitar la confusión de roles. La formación de la personalidad durante la adolescencia puede influenciarse por la manera en que viven las etapas anteriores de desarrollo (Reeder, Sh. 1995).

Durante la adolescencia la persona enfrenta el reto de desarrollar una identidad vocacional y sexual necesaria para establecer relaciones íntimas en la etapa adulta. Cuando la crisis de confusión de identidad se resuelve con éxito razonable durante esta etapa, la persona progresa a las etapas adultas del desarrollo y con una identidad fuerte. En cambio se existe un fracaso; se produce lo contrario, se produce un mal desarrollo del ego y es probable que tampoco sea capaz de resolver otras crisis de la etapa adulta (Reeder, Sh. 1995).

Erickson indica que los estados emocionales de este grupo de edad oscilan entre la madurez considerable y las conductas infantiles. Los

jóvenes pueden controlar mejor sus emociones hacia el final de la adolescencia; pueden enfrentarse a los problemas con más calma y racionalidad, y aunque todavía están sujetos a periodos de depresión, sus sentimientos son menos vulnerables y comienzan a demostrar mayor madurez emocional. Mientras que los adolescentes jóvenes reaccionan de forma inmediata y emocional, los más mayores pueden controlar sus emociones (Whaley, L y Wong, D. 1995).

c. Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget

En esta etapa de desarrollo Piaget, refiere que los adolescentes han alcanzado el estadio de las operaciones formales, que se caracteriza por la habilidad y capacidad de pensar y razonar científicamente y con lógica formal; pues pueden pensar en términos de posibilidades, afrontar los problemas con flexibilidad y probar hipótesis. El proceso del pensamiento es más egocéntrico, en consecuencia experimentan dificultad para planear el futuro e intentar cambios de comportamiento. (Whaley, L y Wong, D. 1995).

d. Teoría del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg.

Según Kohlberg el adolescente pertenece al nivel convencional del desarrollo moral, la mayoría acepta las reglas de oro y toleran con agrado el orden social y las leyes establecidas. Examinando sus valores, sus bases y sus reglas de moral, descartan los valores de sus padres a favor de aquellos que consideren más aceptado. Cuando los adolescentes alcanzan el nivel post convencional comienzan a plantearse las reglas y las leyes de la sociedad. El pensamiento correcto y las buenas acciones se convierten en algo personal, valores y opiniones que pueden contradecir las leyes sociales considerando la posibilidad del cambio racional de la ley y defender los derechos humanos (Kozier, B. Glenora, E y Olieveri, R. 1993).

En su lucha por independizarse de los padres y de otras autoridades algunos jóvenes comienzan a cuestionar los valores e ideales familiares. Otros en cambio se dejan llevar por ellos, y por constituir un elemento estable en sus vidas, mientras se enfrentan a los conflictos de este periodo turbulento. Los adolescentes necesitan solucionar este conflicto solos pero también requieren el apoyo de figuras de autoridad, de amigos o de ambos para su resolución; a menudo el grupo de amigos ejerce más influencia que los padres, aunque los valores adquiridos durante los primeros años formativos normalmente se mantienen (Whaley, L y Wong, D. 1995).

Los adolescentes son capaces de entender conceptos abstractos y de interpretar analogías y símbolos. También pueden enfatizar, filosofar y pensar con lógica. La mayoría buscan nuevos valores y les gusta especular acerca de las ideas sin sentido y de ideologías contrarias las tendencias a la introspección y a la intensidad emocional en esta edad, a menudo hace difícil saber lo que están pensando y tienden a mantener sus ideas en privado y temen que nadie vaya a entender esos pensamientos que ellos perciben como únicos y especiales y no es raro que revelen reflexiones espirituales profundas. Necesitan apoyo y ánimo para entender la libertad y cuestionar sin censura (Whaley, L y Wong, D. 1995).

2.2. Hipótesis.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre las habilidades sociales y el autocuidado de la gestante adolescente. Micro Red de Salud Chachapoyas-Amazonas 2014.

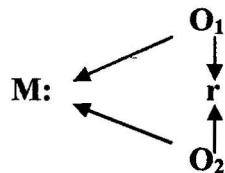
H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre las habilidades sociales y el autocuidado de la gestante adolescente. Micro Red de Salud Chachapoyas-Amazonas 2014.

III. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. Tipo y diseño de investigación:

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel relacional; el tipo de intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue analítico. (Supo, J. 2012)

El diagrama de ese tipo de estudio es el siguiente:



Dónde:

M: Muestra (28 gestantes adolescentes)

O₁: Habilidades sociales

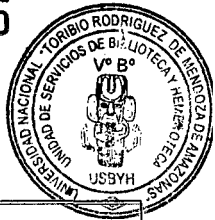
O₂: Autocuidado.

r : Relación

3.2. Universo muestral.

La muestra de estudio estuvo constituida por gestantes adolescentes que oscilaban entre las edades de 10 a 19 años de la Micro Red de Salud Chachapoyas.

PUESTOS DE SALUD	GESTANTES ADOLESCENTES
Taquia.	1
9 de Enero.	7
Señor de los Milagros.	5
Virgen Asunta.	4



Huancas.	1
Pedro Castro Alva.	6
San Isidro.	0
Colcamar.	2
Levanto.	1
Higos Urco.	0
Fabiola Salazar.	0
El Molino.	1
TOTAL	28

Fuente: Micro Red de Salud Chachapoyas, 2014.

Los criterios de inclusión fueron:

- Adolescentes lúcidas orientadas en tiempo y espacio
- Adolescentes gestantes identificadas dentro del padrón nominal de la Micro Red de Salud Chachapoyas.

Los criterios de exclusión fueron:

- Adolescentes que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

3.3. Método, técnica e instrumentos de recolección de datos.

3.3.1. Método. Para la variable en estudio se hizo uso del método de la encuesta. (Canales, F. 1994).

3.3.2. Técnica. Para la variable en estudio se hizo uso de la técnica del cuestionario. (Canales, F. 1994).

3.3.3. Instrumento de recolección de datos.

Para medir las habilidades psico-sociales se utilizó el “test de evaluación de habilidades Psico-sociales” elaborado por la Dirección general de promoción de la salud; Ministerio de Salud, y modificada por la autora, con el propósito de determinar las habilidades psico-

sociales por parte de las gestantes adolescentes, el mismo que constó de 5 dimensiones:

- **Toma de decisiones.**
- **Autoestima.**
- **Comunicación.**
- **Asertividad.**
- **Control de la ira:** Ésta tuvo como subdimensiones: cólera, irritabilidad y agresión.

Contó con un total de 45 ítems, los que tienen respuestas: nunca (0 puntos), pocas veces (1 punto), a veces (2 puntos), casi siempre (3 puntos) y siempre (4 puntos).

Los ítems 1,2,3,4,5, 10, 12, 15 21, 29, 31, 33, 37, 40 y 42 tienen valores de: nunca (4 puntos), pocas veces (3 puntos), a veces (2 puntos), casi siempre (1 punto) y siempre (0 puntos).

Para medir las habilidades psico-sociales se categorizó de la siguiente manera:

✓ **Para la variable:**

- Muy alta : de 181 a 225 puntos.
- Alta : de 136 a 180 puntos.
- Media : de 91 a 135 puntos.
- Baja : de 46 a 90 puntos.
- Muy baja : de 0 a 45 puntos.

✓ **Para la dimensión:**

- Muy alta : de 29 a 36 puntos.
- Alta : de 22 a 28 puntos.
- Media : de 15 a 21 puntos.
- Baja : de 8 a 14 puntos.
- Muy baja : de 0 a 7 puntos.

✓ **Para la Subdimensión.**

- Muy alta : de 21 a 25 puntos.
- Alta : de 16 a 20 puntos.
- Media : de 11 a 15 puntos.
- Baja : de 6 a 10 puntos.
- Muy baja : de 0 a 5 puntos.

Para la variable autocuidado se utilizó el formulario de “autocuidado de la gestante” elaborado por la autora, estuvo destinado a evaluar el autocuidado que tiene la adolescente ante su embarazo, el mismo que constaron de nueve dimensiones:

- Realización de sus controles.
- Alimentación.
- Higiene y belleza.
- Ropa y calzado.
- Cuidados posturales.
- Sueño y descanso.
- Ejercicios.
- Precauciones especiales.
- Reconocimiento de signos de alarma.

Constó con un total de 27 ítems los que tuvieron como respuestas: nunca (0 puntos), a veces (1 punto), siempre (2 puntos).

En los ítems 1, 12, 13, 22,23 y 24 tienen valores de: nunca (2 puntos), a veces (1 punto), siempre (0 puntos).

Para medir el autocuidado se categorizó de la siguiente manera:

✓ **Para la variable:**

- Bueno : de 55 a 81 puntos.
- Regular : de 28 a 54 puntos.
- Deficiente : de 0 a 27 puntos.

✓ **Para la dimensión:**

- Bueno : de 5 a 6 puntos.
- Regular : de 3 a 4 puntos.
- Deficiente : de 0 a 2 puntos.

Se hizo uso de la escala ordinal para medir la variable de investigación y para las respuestas de cada ítem se usó la escala de likert.

Validez y confiabilidad.

Ambos instrumentos fueron sometidos a validez a través del juicio de 6 expertos, aplicando la prueba binomial y Z de Gauss; de la misma forma la confiabilidad se midió a través del coeficiente de alfa de Crombach, para lo cual se aplicó el instrumento al 100% del universo muestral de gestantes adolescentes con las mismas características de inclusión en la ciudad de Moyobamba.

Con respecto a la confiabilidad de los instrumentos el valor obtenido fue de 0.632 indicando una moderada confiabilidad (0.5 – 0.75); en cuanto a su validez ambos instrumentos adquirieron un valor de $8.67361 > 1.64$ superando el valor teórico, indicando así que los instrumentos son adecuados. (Anexos N° 02, 03, 04 y 05)

3.3.4. Procedimiento y recolección de datos.

- ✓ Se envió una solicitud al responsable de la Micro Red de Salud Chachapoyas, con atención a los Puestos de Salud, con la finalidad de obtener autorización para ejecutar la investigación.
- ✓ Previa aceptación para la ejecución de la investigación en la Micro Red de Salud Chachapoyas, se coordinó con el responsable para que brinde las facilidades para identificar a las gestantes adolescentes.
- ✓ Obtenida la autorización se visitó a los Establecimientos de Salud de su jurisdicción para que nos proporcionen la relación de gestantes adolescentes y su respectiva dirección.

- ✓ Se realizó la visita casa por casa a las gestantes adolescentes, a quienes se les explicó el motivo de la visita y de la investigación para solicitar su participación en la misma.
- ✓ Una vez que aceptaron participar en la investigación se les explicó el objetivo de la investigación y se les dio las indicaciones de cómo responder los cuestionarios.
- ✓ Se aplicó los cuestionarios a cada gestante individualmente, el cual tuvo una duración de 10 a 15 minutos.
- ✓ Todo el proceso de recolección de datos, tuvo una duración desde el primero de abril hasta el treinta y uno de mayo del año 2014.

3.4.Análisis de datos.

La información fue procesada en el programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versión 20, se utilizó la prueba estadística no paramétrica del Ji cuadrado obteniendo un valor de 19,008, con 6 grados de libertad el cual está asociada a una probabilidad de 0.004, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. La presentación de resultados fue en distribución de frecuencias, tablas simples, de doble entrada y gráficos de barra.

IV. RESULTADOS.

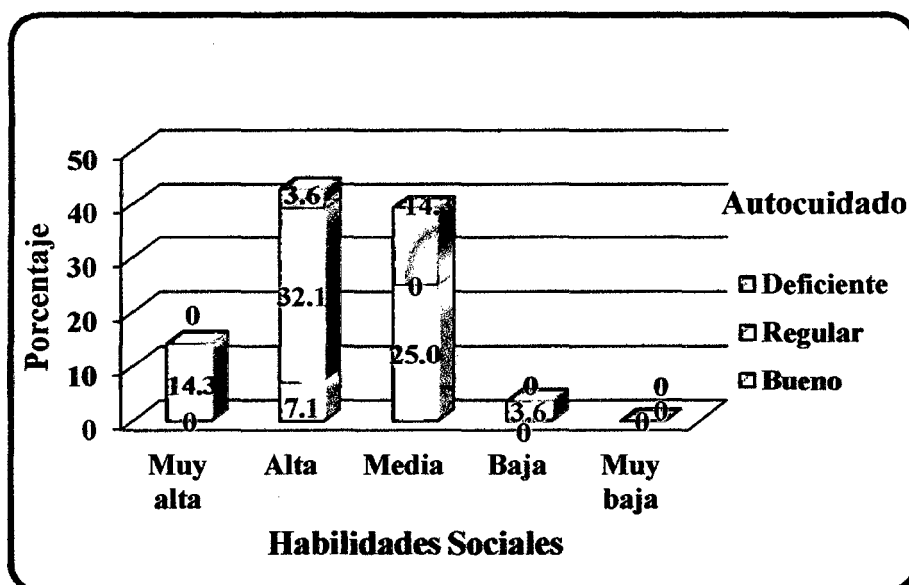
TABLA N° 01: Habilidades sociales y autocuidado de la gestante adolescente.
Micro Red de Salud Chachapoyas-Amazonas 2014.

Habilidades sociales de la gestante adolescente	Autocuidado de la gestante adolescente							
	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Muy alta	0	0.0	4	14.3	0	0.0	4	14.3
Alta	2	7.1	9	32.1	1	3.6	12	42.8
Media	7	25.0	0	0.0	4	14.3	11	39.3
Baja	0	0.0	1	3.6	0	0.0	1	3.6
Total	9	32.1	14	50.0	5	17.9	28	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las gestantes adolescentes.

$X^2 = 19,008$; $g.l = 6$; $p = 0.004 < 0.05$ (existe relación).

FIGURA N° 01: Habilidades sociales y autocuidado de la gestante adolescente.
Micro Red de Salud Chachapoyas-Amazonas 2014.



Fuente: Tabla N° 01.

Interpretación:

En la tabla/figura N° 01 se evidencia que del 100% (28) de las gestantes adolescentes de la Micro Red de Salud Chachapoyas; el 25% (7) tienen nivel media de habilidades sociales y buen autocuidado, mientras que el 7.1% (2) tienen nivel alta de habilidades sociales y tienen buen autocuidado; así mismo se encontró que el 32.1% (9) tiene nivel alta de habilidades sociales y autocuidado regular, mientras que el 14.3% (4) tienen nivel muy alta de habilidades sociales y autocuidado regular, también el 3.6% (1) tienen nivel baja de habilidades sociales y autocuidado regular; por otro lado el 14.3% (4) tienen nivel media de habilidades sociales y autocuidado deficiente, también el 3.6% (1) tiene nivel alta de habilidades sociales y autocuidado deficiente.

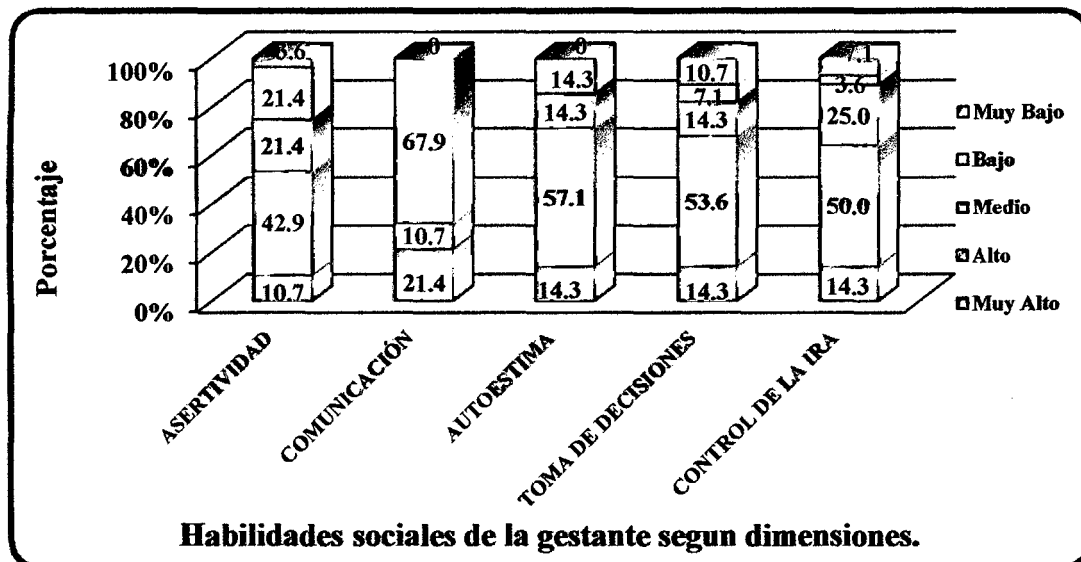
La presente tabla fue sometida a la prueba del Ji cuadrado teniendo 6 grados de libertad con un nivel de significancia de 0.05 se ubica un valor de 19,008 superando el valor teórico (12,5916) y el valor de p (0.004) es menor a 0.05 por ende si existe relación estadística significativa entre las variables habilidades sociales y autocuidado de la gestante adolescente, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

TABLA N° 02: Habilidades sociales de la gestante adolescente según dimensiones.
Micro Red de Salud Chachapoyas-Amazonas 2014.

Dimensiones de las habilidades sociales	Muy alta		Alta		Media		Baja		Muy baja		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
	Asertividad	3	10.7	12	42.9	6	21.4	6	21.4	1	3.6	28
Comunicación	6	21.4	3	10.7	19	67.9	0	0	0	0	28	100
Autoestima	4	14.3	16	57.1	4	14.3	4	14.3	0	0	28	100
Toma de decisiones	4	14.3	15	53.6	4	14.3	2	7.1	3	10.7	28	100
Control de la ira	4	14.3	14	50.0	7	25.0	1	3.6	2	7.1	28	100

Fuente: "Test de evaluación de las habilidades sociales"

FIGURA N° 02: Habilidades sociales de la gestante adolescente según dimensiones. Micro Red de Salud Chachapoyas-Amazonas 2014.



Fuente: Tabla N° 02.

Interpretación:

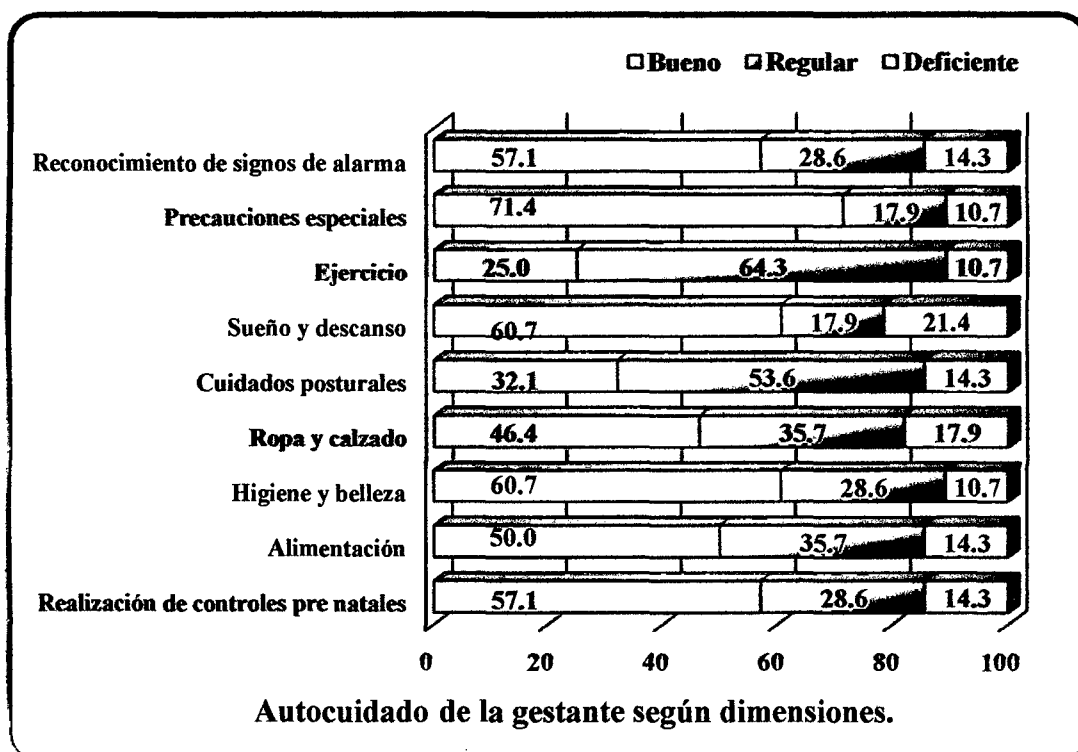
En la tabla/figura N° 02 se evidencia que del 100% (28) de gestantes adolescentes de la Micro Red de Salud Chachapoyas, según dimensiones, en la *dimensión de asertividad* el 42.9% (12) tienen habilidades sociales alta, el 21.4% (6) tienen habilidades sociales media y baja respectivamente, el 10.7% (3) tienen habilidades sociales muy alta y el 3.6 % (1) tiene habilidades sociales muy baja; en la *dimensión de comunicación* el 67.9% (19) tienen habilidad social media, el 21.4% (6) habilidad social muy alta y el 10.7% (3) con habilidad social alta; en la *dimensión de autoestima* el 57.1% (16) tiene habilidad social alta, el 14.3% (4) habilidad social muy alta, media y baja respectivamente; en la *dimensión de toma de decisiones* el 53.6% (15) con habilidad social alta, el 14.3% (4) habilidad social muy alta y media respectivamente, el 10.7% (3) con habilidad social muy baja y el 7.1% (2) habilidad social baja; en la *dimensión de control de la ira* el 50% (14) con habilidad social alta, el 25% (7) habilidad social media, el 14.3% (4) habilidad social muy alta, el 7.1% (2) con habilidad social muy baja respectivamente y el 3.6% (1) con habilidad social baja.

TABLA N° 03: Autocuidado de la gestante adolescente según dimensiones. Micro Red de Salud Chachapoyas-Amazonas 2014.

Dimensiones del autocuidado	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Realización de controles pre natales	16	57.1	8	28.6	4	14.3	28	100
Alimentación	14	50.0	10	35.7	4	14.3	28	100
Higiene y belleza	17	60.7	8	28.6	3	10.7	28	100
Ropa y calzado	13	46.4	10	35.7	5	17.9	28	100
Cuidados posturales	9	32.1	15	53.6	4	14.3	28	100
Sueño y descanso	17	60.7	5	17.9	6	21.4	28	100
Ejercicio	7	25.0	18	64.3	3	10.7	28	100
Precauciones especiales	20	71.4	5	17.9	3	10.7	28	100
Reconocimiento de signos de alarma	16	57.1	8	28.6	4	14.3	28	100

Fuente: Encuesta “Autocuidado de la gestante”

FIGURA N° 03: Autocuidado de la gestante adolescente según dimensiones.
Micro Red de Salud Chachapoyas-Amazonas 2014.



Fuente: Tabla N° 03

Interpretación:

En la tabla/figura N° 03 se evidencia que del 100% (28) de gestantes adolescentes de la Micro Red de Salud Chachapoyas, según *dimensión de realización de controles pre natales* el 57.1% (16) tiene autocuidado bueno, el 28.6% (8) tiene autocuidado regular y el 14.3% (4) tiene autocuidado deficiente; *en la dimensión alimentación* el 50% (14) tiene autocuidado bueno, el 35.7% (10) tiene autocuidado regular y el 14.3% (4) tiene autocuidado deficiente; *en la dimensión Higiene y belleza* el 60.7% (17) tiene autocuidado bueno, el 28.6% (8) tiene autocuidado regular y el 10.7% (3) tiene autocuidado deficiente; *en la dimensión ropa y calzado* el 46.4% (13) tiene autocuidado bueno, el 35.7% (10) tiene autocuidado regular y el 17.9% (5) tiene autocuidado deficiente; *en la dimensión cuidados posturales* el 53.6% (15) tiene autocuidado regular, el 32.1% (9) tiene autocuidado bueno y el 14.3% (4) tiene autocuidado deficiente; *en la dimensión sueño y descanso* el 60.7% (17) tiene autocuidado bueno, el 21.4% (6) tiene

autocuidado deficiente y el 17.9% (5) tiene autocuidado regular; **en la dimensión ejercicio** el 64.3% (18) tiene autocuidado regular, el 25% (7) tiene autocuidado bueno y el 10.7% (3) tiene autocuidado deficiente; en la **dimensión precauciones especiales** el 71.4% (20) tiene autocuidado bueno, el 17.9% (5) tiene autocuidado regular y el 10.7% (3) tiene autocuidado deficiente; **en la dimensión reconocimiento de signos de alarma** el 57.1% (16) tiene autocuidado bueno, el 28.6% (8) tiene autocuidado regular y el 14.3% (4) tiene autocuidado deficiente.

V. DISCUSIÓN.

En la tabla/figura N° 01 según relación de las habilidades sociales y autocuidado de la gestante adolescente; se evidencia que del 100% (28) de las gestantes adolescentes de la Micro Red de Salud Chachapoyas; el 25% (7) tienen nivel media de habilidades sociales y buen autocuidado, mientras que el 7.1% (2) tienen nivel alta de habilidades sociales y tienen buen autocuidado; así mismo se encontró que el 32.1% (9) tiene nivel alta de habilidades sociales y autocuidado regular, mientras que el 14.3% (4) tienen nivel muy alta de habilidades sociales y autocuidado regular, también el 3.6% (1) tienen nivel baja de habilidades sociales y autocuidado regular; por otro lado el 14.3% (4) tienen nivel media de habilidades sociales y autocuidado deficiente, también el 3.6% (1) tiene nivel alta de habilidades sociales y autocuidado deficiente.

Según Manual de habilidades sociales desde la promoción de la salud, las habilidades sociales ayudan a que los adolescentes adquieran las competencias necesarias para un mejor desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria, así también permiten promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez, favorecen la comprensión de la presión por parte de los pares y manejo de emociones. Por más de una década, la investigación de intervenciones que tienen que ver con estas áreas específicas ha demostrado su efectividad para promover conductas deseables, tales como socialización, mejor comunicación, toma efectiva de decisiones y solución de conflictos. Las habilidades actúan sobre los determinantes de la salud (conjunto de condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades) principalmente en los estilos de vida (consumo de alcohol y drogas, conductas violentas, relaciones sexuales precoces, entre otras). Para lo cual, consideramos que lo medular consiste en lograr que el adolescente conozca y haga suyas determinadas habilidades y destrezas que, al ser empleadas en su vida cotidiana, le permitan tener estilos de vida más saludables. (Dirección General de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud. 2005).

Basándose en lo que menciona este manual, se logra evidenciar el cumplimiento de cada una de las pautas mencionadas anteriormente, evidenciándose en los

resultados donde dichas habilidades van de alta a media, de ésta manera dichas gestantes adolescentes ya van logrando conocer y hacer suyas determinadas habilidades y destrezas que al ser empleadas en su vida cotidiana les va a permitir tener estilos de vida más saludables; por otro lado éstas conductas adquiridas les está permitiendo interactuar en forma efectiva y satisfactoria, permitiendo de esta manera ejecutar competentemente tareas interpersonales y conductas de intercambio con resultados favorables.

Erikson en su teoría del desarrollo psicosocial indica que la adolescencia es un periodo decisivo para la formación de la identidad, en la cual deben transformarse en seres humanos responsables de su propia vida y la principal tarea del desarrollo es resolver el conflicto entre alcanzar la propia identidad y evita la confusión de roles. (Reeder, Sh. 1995). Teniendo en evidencia lo que Erickson menciona en su teoría, estos resultados da a conocer que dichas gestantes adolescentes ya describen conflictos claves hacia un problema dando lugar al dominio de dicho problema, logrando de esa manera manejar y superar conflictos asociados a su realidad; del mismo modo Jean Piaget en su teoría del desarrollo cognitivo indica que el adolescente a esta edad pueden pensar en términos de posibilidades, afrontar los problemas con flexibilidad y por ende probar hipótesis. (Whaley, L y Wong, D. 1995). Esto indica que dichas gestantes adolescentes tienen la capacidad de manejar la mayoría de sus problemas y tratar de resolverlas de manera ideal.

Lawrence Kohlberg en su teoría del desarrollo moral refiere, que el pensamiento correcto y las buenas acciones se convierten en algo personal, valores y opiniones que puedan contradecir las leyes sociales considerando la posibilidad del cambio racional de la ley y defender los derechos humanos. (Kozier, B. Glenora, E y Olieveri, R. 1993). Ésta teoría da lugar a los resultados encontrados donde se evidencia que las gestantes adolescentes se basan de principios éticos elegidas por ellas mismas y de esa manera guiar las decisiones que han tomado frente a su autocuidado y al desarrollo de habilidades sociales, mostrando respeto por la dignidad humana y de esa manera alcanzar la etapa de razonamiento moral; por otro lado nos indican que el autocuidado es la práctica de actividades que las personas maduras o en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un

marco temporal correcto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, su funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar. (Santamaría, S. 2010).

Basándose en las teorías y en el concepto del autocuidado se pudo evidenciar que las gestantes adolescentes toman conciencia en su autocuidado, lo cual les permite afrontar y resolver conflictos para alcanzar su propia identidad y evitar así la confusión de roles, sobre todo por la etapa que están atravesando y de esa manera enfrentan los problemas con flexibilidad, lo que les genera un beneficio personal y mantenimiento de su vida y la del nuevo ser por llegar; por lo tanto de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación indica que las adolescentes al tener habilidades sociales altas van a evidenciar que su autocuidado es el adecuado, lo cual les va a permitir realizar acciones a favor de su bienestar, lo que indica que a mayor habilidades sociales mejor autocuidado; concluyendo de esta manera que una gestante adolescente que realiza todos sus cuidados durante su embarazo, mejor relaciones interpersonales y sociales tendrá.

La tabla fue sometida a la prueba del Ji cuadrado teniendo 6 grados de libertad a un nivel de significancia de 0.05 se ubicó un valor 19, 008 superando el valor teórico (12,5916) y el valor de p (0.004) fue menor a 0.05 por ende si existe relación estadística altamente significativa entre las habilidades sociales y el autocuidado de la gestante adolescente por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

En la tabla/figura N° 02 según dimensiones de las habilidades sociales se evidencia que del 100% (28) de gestantes adolescentes de la Micro Red de Salud Chachapoyas, según dimensiones, en la *dimensión de asertividad* el 42.9% (12) tienen habilidades sociales alta, el 21.4% (6) tienen habilidades sociales media y baja respectivamente, el 10.7% (3) tienen habilidades sociales muy alta y el 3.6 % (1) tiene habilidades sociales muy baja; en la *dimensión de comunicación* el 67.9% (19) tienen habilidad social media, el 21.4% (9) con habilidad social muy alta y el 10.7% (3) habilidad social alta; en la *dimensión de autoestima* el 57.1% (16) tiene habilidad social alta, el 14.3% (4) habilidad social muy alta, media y baja respectivamente; en la *dimensión de toma de decisiones* el 53.6% (15) con habilidad social alta, el 14.3% (4) habilidad social muy alta y media

respectivamente, el 10.7% (3) con habilidad social muy baja y el 7.1% (2) habilidad social baja; en la *dimensión de control de la ira* el 50% (14) con habilidad social alta, el 25% (7) habilidad social media, el 14.3% (4) habilidad social muy alta, el 7.1% (2) habilidad social muy baja y el 3.6% (1) con habilidad social baja.

Según Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares y fascículo de habilidades sociales necesarias en la adolescencia se basa en cinco dimensiones: *la asertividad* indica como una habilidad social que implica afirmarse a sí mismo, defendiendo los propios derechos sin agredir o violentar los de los demás. Comportarse asertivamente es comunicar las creencias, sentimientos y opiniones de manera directa, honesta, adecuada, oportuna, considerada y respetuosa. (Dirección General de promoción de la Salud; Ministerio de Salud. 2005); además indica que una persona asertiva es capaz de expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de forma eficaz sin desconsiderar a los demás y sin crear o sentir vergüenza; también el ser humano asertivo tiene capacidad de asegurar con firmeza y decisión cuanto dice y hace. (Ministerio de Educación del Perú. 2008)

En la dimensión de *toma de decisiones* indica que todas las personas permanentemente están tomando decisiones; esto les da la posibilidad de tener el control de sus vidas, así como también de responsabilizar sus actos; a veces suele ser muy fácil el tomar decisiones; pero en otros momentos es difícil escoger la mejor opción. Algunas decisiones pueden angustiar, por ejemplo tener otro hijo, cambiar de trabajo, mudarse a otra ciudad, etc. Una decisión correcta o incorrecta les acercará o alejará para lograr lo que quieran en sus vidas; al llegar a esta etapa, los adolescentes se ven urgidos a tomar decisiones que pueden tener consecuencias importantes en su vida; en la dimensión de *comunicación* indica que forma parte de la vida desde que son engendrados, es a partir de la comunicación y las interrelaciones que se generan con ella que establecen códigos comunes que permiten satisfacer sus necesidades. La comunicación empática hace un énfasis en aquella comunicación en la que se pone en práctica la habilidad para escuchar atentamente al otro, y la habilidad para expresar eficientemente las necesidades,

sentimientos y deseos. (Dirección General de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud. 2005).

Por otro lado en la dimensión de *autoestima* indica que es determinante del bienestar emocional del adolescente y se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles, un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los adolescentes desarrollar una serie de habilidades y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida más saludable, por el contrario, la baja autoestima se ve implicada en los problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste; por último en la dimensión de *control de la ira* permite identificar el estado de ánimo de la adolescente entre ellas se encuentran la cólera, la irritabilidad y agresión. (Dirección General de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud. 2005).

De acuerdo a los resultados obtenidos, se evidencia que las adolescentes a pesar de la etapa y edad por la cual están atravesando, han desarrollado según dimensiones habilidades sociales que van de alto a medio; esto indica que las gestantes adolescentes a pesar de su edad están emitiendo conductas interpersonales que le permiten expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones hasta incluso hacer valer sus derechos de manera adecuada ante una situación, respetando conductas de las demás personas.

En este sentido, los mejores puntajes de las gestantes adolescentes darían cuenta de un mejor y eficaz desempeño en las relaciones interpersonales y podría ser una de las condiciones para realizar un buen autocuidado durante su embarazo; éstos resultados que se aprecia como significativa podría ser una explicación del éxito de las adolescentes embarazadas en la interacción interpersonal y que formarían parte de la inteligencia social-emocional.

Según Fascículo de habilidades sociales necesarias en la adolescencia (Ministerio de Educación del Perú. 2008). Las habilidades sociales son un conjunto de conductas emitidas por el ser humano en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la

situación, respetando conductas de los demás y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas; en este sentido en la presente investigación las habilidades sociales de la gestante adolescente, evidencia que del 100% (28) de gestantes adolescentes, el 42.9% (12) tienen habilidades sociales alta, el 39.3% (11) tienen habilidades sociales media, el 14.3% (4) tienen habilidades sociales muy alta y el 3.6% (1) tiene habilidades sociales baja. (Anexo N° 06).

Para contrastar los resultados se cita a otras investigaciones que guardan relación con el objeto de estudio como: Vallejos, J. (2008), encontró que las adolescentes embarazadas, con diferencias altamente significativas (<0.001), coincidiendo en que las habilidades sociales del estudio son altas. En este sentido, los mejores puntajes de las adolescentes no embarazadas darían cuenta de un mejor y eficaz desempeño en las relaciones interpersonales y podría ser una de las condiciones para evitar el embarazo temprano, entre la multiplicidad de factores. Las adolescentes embarazadas también presentan determinados niveles de habilidades sociales; sin embargo, estas son significativamente menores. Esta diferencia que se aprecia como significativa podría ser una explicación del éxito de las adolescentes no embarazadas en la interacción interpersonal y que formarían parte de la inteligencia social-emocional.

Al contrastar con la bibliografía se puede deducir que las habilidades sociales de la gestante adolescente son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial, para poder ampliar la posibilidad de convivencia con otras personas, el desarrollo de habilidades sociales juega un papel vital en la adquisición de reforzamientos sociales, culturales, las personas que carecen de los apropiados comportamientos sociales experimentan aislamiento social, rechazo, conductas inadecuadas en cuanto a su salud y en conjunto menos felicidad. Así mismo individualmente las gestantes adolescentes no toman en cuenta que la competencia social tiene una importancia crítica tanto en el funcionamiento de adaptación presente como en el desarrollo de su futuro; en ese sentido teniendo en cuenta que el embarazo adolescente es un problema de salud pública que contribuye al incremento de la natalidad así como al aumento de la mortalidad materna y perinatal además en distintas proporciones

tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, he ahí la importancia de las habilidades sociales que son la asertividad, la comunicación, la autoestima, la toma de decisiones y finalmente el control de la ira.

De acuerdo a los resultados encontrados en la investigación es muy importante que las gestantes adolescentes tengan habilidades sociales altas, ya que como seres sociales implica forzosamente tener la necesidad de desarrollar sus potencialidades para sobrevivir y para disfrutar de una vida sana emocional y aceptar su realidad con optimismo. Esto implica que para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades sociales y personales y de esa manera le permita optar por decisiones saludables favoreciendo el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gestante pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural optando por todo aquello que propicie la salud.

En la tabla/figura N° 03 se evidencia que del 100% (28) de gestantes adolescentes de la Micro Red de Salud Chachapoyas, según dimensiones del autocuidado que en la *dimensión de realización de controles pre natales* el 57.1% (16) tiene autocuidado bueno, el 28.6% (8) tiene autocuidado regular y el 14.3% (4) tiene autocuidado deficiente; en la *dimensión alimentación* el 50% (14) tiene autocuidado bueno, el 35.7% (10) tiene autocuidado regular y el 14.3% (4) tiene autocuidado deficiente; en la *dimensión Higiene y belleza* el 60.7% (17) tiene autocuidado bueno, el 28.6% (8) tiene autocuidado regular y el 10.7% (3) tiene autocuidado deficiente; en la *dimensión ropa y calzado* el 46.4% (13) tiene autocuidado bueno, el 35.7% (10) tiene autocuidado regular y el 17.9% (5) tiene autocuidado deficiente; en la *dimensión cuidados posturales* el 53.6% (15) tiene autocuidado regular, el 32.1% (9) tiene autocuidado bueno y el 14.3% (4) tiene autocuidado deficiente; en la *dimensión sueño y descanso* el 60.7% (17) tiene autocuidado bueno, el 21.4% (6) tiene autocuidado deficiente y el 17.9% (5) tiene autocuidado regular; en la *dimensión ejercicio* el 64.3% (18) tiene autocuidado regular, el 25% (7) tiene autocuidado bueno y el 10.7% (3) tiene autocuidado

deficiente; en la *dimensión precauciones especiales* el 71.4% (20) tiene autocuidado bueno, el 17.9% (5) tiene autocuidado regular y el 10.7% (3) tiene autocuidado deficiente; en la *dimensión reconocimiento de signos de alarma* el 57.1% (16) tiene autocuidado bueno, el 28.6% (8) tiene autocuidado regular y el 14.3% (4) tiene autocuidado deficiente.

Según guía de cuidados durante el embarazo se basa en las siguientes dimensiones: ***realización de sus controles*** donde indica que la gestante debe tomar la iniciativa de acudir a sus controles destinada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal; la ***alimentación*** que indica que durante el embarazo las necesidades nutricionales son ligeramente mayores, la alimentación debe ser completa y variada, nunca abundante; la gestante además de consumir alimentos debe ingerir la cantidad necesaria de agua sus necesidades nutricionales teniendo en cuenta el estado en el que se encuentra; en la dimensión de ***higiene y belleza*** indica que durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal; es recomendable que durante esta etapa la gestante debe acicalarse de manera adecuada para así favorecer a su bienestar; en la dimensión de ***ropa y calzado*** indica que la gestante de acuerdo a su tiempo de gestación debe utilizar vestidos cómodos y holgados, también debe evitar todo lo que le oprima la cintura y las piernas (ligas, cinturones) que pueden favorecer la aparición de varices, debe utilizar un calzado cómodo con poco tacón y base ancha para facilitar la estabilidad y el equilibrio.(Alcolea, S. y Mohamed, D. 2011).

En la dimensión de ***cuidados posturales*** a medida que avanza el embarazo aumenta el peso de su abdomen, lo que hace que se desplace su centro de gravedad y provoque una alteración del equilibrio de su cuerpo, es importante una postura adecuada en todas las actividades diarias y entre otras cosas, la gestante no debe permanecer de pie y quieta durante mucho tiempo, cuando camine y esté erguida debe mantener recta la espalda, cuando se siente debe apoyarse en el respaldo, utilizar cojines si fuera necesario; en la dimensión ***sueño y descanso*** indica que el descanso y el sueño son fundamentales durante la gestación, la gestante debe dormir al menos 8 horas diarias, además es conveniente que realice pequeños

descansos durante el día, es recomendable que duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo; en *ejercicio* nos da a conocer que durante el embarazo es conveniente que realice ejercicio de manera moderada de forma regular de esa manera va a proporcionar bienestar físico, mejorar en el sueño, en la circulación, en el tono muscular y además evita el excesivo aumento de peso. (Alcolea, S. y Mohamed, D. 2011).

Por otro lado en la dimensión *precauciones especiales* la gestante no debe consumir alcohol, tabaco, drogas, medicamentos, evitar exponerse a cualquier tipo de radiación; por último en la dimensión de *reconocimiento de signos de alarma*, la gestante debe consultar siempre a su médico si se presentan alguna de estas situaciones: fiebre de 38° C o más; dolor, molestias o sangre al orinar, vómitos continuos que no ceden; en caso de accidente o golpe importante, inflamación de tobillos, cara o manos, trastornos de la visión tipo visión borrosa, destellos, manchas, etc., fuertes dolores de cabeza, dolor abdominal intenso igual a una contracción muy fuerte que no cede, si empieza a sangrar igual a una regla, si rompe la bolsa, si el líquido es color verdoso debe darse todavía más prisa para acudir al hospital. (Alcolea, S. y Mohamed, D. 2011).

Basándonos en lo que indica la guía, se evidencia en los resultados, que las gestantes cumplen con las pautas mencionadas anteriormente donde su autocuidado según dimensiones, realización de controles pre natales, alimentación, higiene y belleza, ropa y calzado, precauciones especiales y reconocimientos de signos de alarman tienen un autocuidado que va de bueno a regular y en las dimensiones de cuidados posturales y ejercicio cuentan con un autocuidado de regular a bueno; éstos resultados tal vez se deba a que las gestantes adolescentes a pesar de estar atravesando una etapa que está marcando su vida como mujer, representando una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, están sobrellevando con mayor fortaleza e interés el estado por el que están atravesando, permitiendo de esta manera mejorar significativamente su estado de salud como madre y brindando como tal una calidad y óptimo desarrollo del hijo que espera; sin embargo en la dimensión de sueño y descanso la gestante adolescente presentaron un autocuidado de bueno a deficiente, esto se pueda deber a que las

gestantes están atravesando la etapa de gestación en el tercer trimestre ya que en cada trimestre las alteraciones son distintas, los cambios hormonales y físicos alteran de manera diferente el cuerpo según la etapa de la gestación, es en el tercer trimestre donde se evidencian gran cantidad de problemas que están relacionados directamente al aumento de la circunferencia abdominal, ya que durante los últimos meses, las mujeres embarazadas suelen experimentar falta de aliento y reflujo porque su diafragma está elevado, lo que ocasiona la presión de los pulmones y estómago, por otro lado también existe presión a nivel de la vejiga, lo que ocasiona que la gestante miccione con más frecuencia, afectando de esta manera la dimensión de sueño y descanso.

Alvares, E. Camargo, G. et.al. (2014); en su estudio encontró que el 86% de las gestantes adolescentes no asisten a realizarse sus controles pre natales y el 14% si asisten; el 57% de éstas gestantes realizan una higiene correcta y el 43% no lo hace de manera correcta; el 75% utiliza ropa cómoda durante su embarazo y el 25% no usa un vestuario adecuado; el 83% usa zapatos cómodos y bajos y el 17% restante no; el 61% consume lácteos, un 25% cereales leguminosas y el 14% consume frutas y verduras; el 69% identifica signos de alarma el 31% restante no; el 86% realiza ejercicios intensos y de carga y el 14% no realiza esta acción; el 71% descansa durante el día y solo el 29% restante no; por otro lado el 79% de las gestantes adolescentes fuman y el 21% restante no; además con un 79% que consumen alcohol y el 21% no lo hace; por último el 70% no consume ninguna sustancia nociva y el 30 % sí.

Al contrastar los resultados en cuanto a sus dimensiones: realización de controles pre natales, higiene y belleza, ropa y calzado, alimentación, reconocimiento de signos de alarma, ejercicio, sueño y descanso, cuidados posturales y por último precauciones especiales; éstas dimensiones son de mucha importancia, ya que cada una de ellas implica tener resultados nocivos a favor de la gestante adolescente y del niño por nacer. Dichos resultados indican que las adolescentes ya van tomando conciencia del estado por la que están atravesando contribuyendo así en la práctica de conductas saludables de autocuidado; donde dichos resultados van de bueno a regular.

De acuerdo a éstos resultados obtenidos se logra evidenciar que a pesar de que las gestantes adolescentes son un grupo vulnerable a distintos cambios, la mayoría de las gestantes logran tener un autocuidado de buena a regular según las dimensiones, dando mayor relevancia a la teoría de Orem donde indica que el autocuidado es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente va a contribuir en forma específica en la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo del ser humano; teniendo en cuenta que el autocuidado es el conjunto de acciones positivas y prácticas que precisan para su realización de una elección ante una decisión. (Santamaría, S. 2010). Esto da relevancia a los resultados obtenidos en el trabajo de investigación.

El autocuidado es el comportamiento propio del ser humano, el que debe permanecer durante el crecimiento y desarrollo de la persona, como un mecanismo permanente de protección de la vida. Se considera como una conducta que permite actuar a la persona en situación concreta de su vida, con la finalidad de controlar, modificar o crear comportamientos sanos para regular los factores externos e internos que influyen en el estado de salud y estilos de vida de las personas (Urrutia, M. 2012); así en la presente investigación se ha encontrado que el autocuidado de la gestante adolescente de la Micro Red de Salud Chachapoyas, evidencian que del 100% (28) de gestantes adolescentes, el 50.0% (14) tienen autocuidado regular, el 32.1% (9) tienen autocuidado bueno y el 17.9% (5) autocuidado deficiente. (Anexo N° 07).

Contrastando con el estudio de Sandoval, L. (2006), encontró que las gestantes adolescentes poseen un adecuado nivel en la práctica del autocuidado, (67.5%) mientras que un reducido grupo de adolescente presenta un nivel inadecuado de autocuidado (32.5%); por otro lado Serrano, S. Meneses, P. (2009); evidenció que las mujeres embarazadas en un 26% tienen conocimiento sobre autocuidado y el 74% no tienen conocimientos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se evidencia que las adolescentes a pesar de ser un grupo etéreo vulnerable, de múltiples cambios físicos, biopsicosociales; el hecho de tener un autocuidado de regular a bueno, indica que están tomando

conciencia por su salud y por el hijo que espera; por ende van tomando la decisión de su autocuidado, lo que al final se va a ver reflejada en su bienestar físico y biopsicosocial.

Por otro lado Claros, A. (2006), en su estudio encontró que el 13% de mujeres de 15 a 19 años han tenido al menos un embarazo, del cual el 10,7 % ya es madre y el 2,3 % está gestando a su primer hijo; ésta referencia se puede contrastar con el resultado obtenido evidenciando que 67,9% de adolescentes gestantes pertenecen a las edades de 15 a 19 años y el 32,1% a las edades de 10 a 14 años (Anexo N° 08); los resultados encontrados en la investigación se puede deber a que el grupo más joven de 10 a 19 años, es considerado como “adolescencia”, edades, en las que como producto del funcionamiento hormonal hay un incremento de sus impulsos sexuales, los que experimentará como buenos o malos según la educación y formación que haya recibido.

Por otro lado el autor también encontró en su estudio que de las gestantes atendidas en el Hospital de Huaraz, el 13,4% contó con un grado de instrucción de primaria completa, el 27,7% con primaria incompleta, el 1,7% es analfabeta, el 0,8% no reporta, el 0,8 con superior, el 12,6 con secundaria completa y el 42,9% con secundaria incompleta; al contrastar con el resultado obtenido en la presente investigación se tiene que el 64,3% (18) tiene grado de instrucción de secundaria incompleta, el 17.9% (5) tienen grado de instrucción de primaria completa, el 10.7% (3) tienen grado de instrucción de primaria incompleta y el 7.1% (2) tienen grado de instrucción de superior. (Anexo N° 11).

Contrastando estos resultados se encontró similitudes, ya que el mayor porcentaje de gestantes embarazadas en ambos estudios predominó el grado de instrucción de secundaria incompleta, esto se debe a que en la muestra estudiada, las edades oscilaron entre los 15 y 19 años, lo que indica que las adolescentes están cursando la secundaria; además existen adolescentes que por el hecho de haber quedado embarazadas han dejado sus estudios de secundaria, por el impedimento que para ellas significa afrontar este nuevo reto en su vida, por otro lado se tiene en cuenta que los padres de las gestantes que han dejado sus estudios inconclusos son muy arraigados respecto a su cultura, ya que para muchas de las familias de zonas

rurales el hecho de que un miembro de la familia este embarazada a una corta edad significa que tienen que afrontar dicha situación dejando de lado su propia educación.

Además Claros, A. en su estudio indica que el 93% tuvo como ocupación principal ser ama de casa; el estado civil del 86,6 % fue convivientes; al contrastar con los resultados de la investigación se evidencia que el 57,1% de las gestantes son estudiantes, el 39,3% son amas de casa y el 3,6% comerciantes (Anexo N° 09); sin embargo también el 75% de las gestantes adolescentes son solteras, el 14,3 convivientes y el 10,7 casadas (Anexo N° 10). Estos resultados indican que las adolescentes a pesar de la etapa por la que están atravesando en un mayor porcentaje todavía están estudiando, sin embargo existe un menor porcentaje de gestantes que han abandonado sus estudios, esto quizá se deba a que el embarazo a esta edad, en general es un evento inesperado, sorpresivo y en la mayoría de los casos no deseado en los momentos en que se conoce el embarazo, situación que aunque cambia con el tiempo, mantiene proporciones aún altas hacia el final del embarazo.

Alvares, E. Camargo, G. et.al. (2014); en su estudio encontró que el 49% de las adolescentes viven en unión libre, el 47% son solteras, un 3% son casadas y el 1% restante son divorciada. En los resultados encontrados en la investigación se evidencia que existe mayor presencia de adolescentes que son solteras, pero también es significativo ver que otro porcentaje también alto son convivientes (Anexo N° 10). Estos resultados indican que como las adolescente embarazadas cruzan un periodo de transición de la niñez a la mujer adulta debido a la responsabilidad que conlleva la gestación, ya que, hay una nueva vida gestándose dentro de su vientre; esto implica comprometerse con una responsabilidad y una madurez que no han desarrollado totalmente y el hecho de encontrarse sin el apoyo de su pareja hace que esta responsabilidad sea demasiado pesada para ella.

Además Alvares, E. Camargo, G. et.al. en su estudio encontró que el 54% de las participantes del estudio es ama de casa, un 42% es estudiante y el 4% restante labora. Como se muestra en los resultados (Anexo N° 09) más de la mitad de las adolescentes gestante son estudiantes y la otra parte no trabajan y se ocupan de las

labores propias del hogar. Esto quizás se deba a que por ser menores de edad y además de estar cursando el estado de embarazo, van tomando el desinterés/desaliento por el estudio o hasta quizá por el estatus económico por la que pueda estar atravesando su familia.

De acuerdo a los resultados obtenidos y en relación a las características de la población de estudio, se puede inferir que las edades de las adolescentes gestantes oscilan entre los 10 y 14 años, habiendo una presencia mayoritaria de adolescentes que están entre los 15 y 19 años de edad; esto demuestra que hoy por hoy va en aumento el inicio de la actividad sexual en adolescentes y por ende el crecimiento de embarazos a estas edades. El inicio de la actividad sexual a edades prematuras actualmente se considera un problema de salud pública y en estos resultados está plasmado, ya que, se evidenciaron adolescentes gestantes desde los 10 años de edad. Queda en evidencia también que la mayoría de las adolescentes son solteras (75%) y que según grado de instrucción se encuentran cursando estudios básicos de secundaria incompleta (64,3%) y tienen como ocupación ser estudiantes (57,1%).

VI. CONCLUSIONES.

- 1. Existe relación estadísticamente significativa entre las variables de habilidades sociales y autocuidado de las gestantes adolescentes de la Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.**
- 2. Las habilidades sociales según dimensiones, asertividad y control de la ira de las gestantes adolescentes de la Micro Red de Salud Chachapoyas, van de alta a media y baja respectivamente; en la dimensión de comunicación de media a muy alta; en la dimensión de autoestima de alta a baja y en la dimensión de toma de decisiones se encuentran en una escala de alta a muy alta, media y baja respectivamente.**
- 3. El autocuidado según dimensiones, realización de controles pre natales, alimentación, higiene y belleza, ropa y calzado, precauciones especiales y reconocimientos de signos de alarma tienen un autocuidado que va de bueno a regular; sin embargo en las dimensiones de cuidados posturales y ejercicio cuentan con un autocuidado de regular a bueno y en la dimensión de sueño y descanso con un autocuidado de bueno a deficiente.**

VII. RECOMENDACIONES

A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN

- ✓ Elaborar un plan de intervención para la formación de “habilidades sociales” dirigidos a los adolescentes de las diferentes instituciones educativas.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

- ✓ Elaborar y desarrollar protocolos e instrumentos de acción multisectorial, para la labor comunitaria con gestantes adolescentes.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA Y A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- ✓ Desarrollar talleres con temas de habilidades sociales y autocuidado donde los estudiantes se interrelacionen, de manera liberal, sin temor y puedan manifestar sus sentimientos donde se vean involucrados los docentes como soporte anímico de comprensión, con la finalidad de que los estudiantes asuman sentimientos de autoconciencia.
- ✓ Desarrollar programas de promoción y prevención sobre autocuidado en salud dirigido a las adolescentes gestantes.

A LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA

- ✓ Socializar los resultados de la presente investigación con los colegios, líderes comunales, etc. para sensibilizar y contribuir al cambio.
- ✓ Realizar trabajos de investigación con adolescentes incluyendo otras variables de estudio.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

De libros:

- ✓ Canales, F. 2006. Metodología de la investigación; manual para el desarrollo del personal de salud. Segunda Edición. Editorial Organización mundial para la salud. Washington-EE.UU. Pág. 53-147.
- ✓ Giardini, Sh; Del Prette, A & Del Prette, Z. 1999. Problemas en la Adolescencia; contribuciones del entrenamiento en habilidades sociales. Editorial Goias S.P. Brasil. Pág. 1-16.
- ✓ Kozier, B., et.al. 1993. Enfermería Fundamental; conceptos, procesos y prácticas. Cuarta Edición. Editorial Interamericana Mac Graw-Hill. México. Pág.679-682.
- ✓ Reeder, Sh; Martin, L & Koniak, D. 1995. Enfermería Materno Infantil. Diecisieteava Edición. Editorial Interamericana Mac Graw – Hill. México. Pág. 924-925.
- ✓ Santamaría, S. 2010. Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta Edición. Editorial Elsevier - Mosby. Madrid-España. Pág. 233.
- ✓ Silber, T; Munist, M; Madaleno, M & Suarez, E. 1992. Manual de medicina del adolescente. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Washington-EE.UU. Pág. 48-53.
- ✓ Whaley, L; Wong, D. 1995. Enfermería Pediátrica. Cuarta Edición. Editorial Mosby/Doyma Libros. España. Pág. 416-422.

De tesis y monografías

- ✓ Alfaro, B. 2001. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes-Hospital escuela Óscar Danilo Rosales León 1997 - 2001. Tesis para optar al título de Especialista en Gineco-Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Pág. 5-8.

- ✓ Alvares, E., Camargo, G. et.al. 2014. Evaluación del autocuidado en las gestantes adolescentes que asisten al control prenatal basados en el modelo de Dorotea Orem. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Corporación Universitaria Rafael Nuñez. Colombia – Cartagena. Pág. 96-98, 104-108, 111.
- ✓ González, J. 2006. Determinantes de aborto en adolescentes, Centro de adolescentes-Hospital Berta Calderón. Enero-junio 2005. Tesis para optar el Título de Maestro en Salud Publica. Universidad Autónoma de Nicaragua. Pág. 39; 42; 71
- ✓ Haro, R; Mercedes, M. 2004. Factores psicosociales relacionado a la actitud de los padres hacia la adolescente embarazada. C.S.M.I. Santa Isabel el porvenir. Enero - noviembre 2004. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. Pág. 1,38.
- ✓ Sandoval, L. 2006. Conocimiento y autocuidado en salud reproductiva en gestantes adolescentes-Sullana. Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería. Universidad Nacional San Pedro. Perú. Pág. 48-59; 97-108.
- ✓ Sandoval, L. 2006. Conocimiento y autocuidado en salud reproductiva en gestantes adolescentes-Sullana. Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería. Universidad Nacional San Pedro. Perú. Pág. 48-59; 97-108.
- ✓ Serrano, E; Meneses, T. 2009. “Autocuidado en mujeres embarazadas en el Subcentro de Salud Los Vergeles” Milagro Agosto 2008-2009. Guayas – Ecuador. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Estatal de Milagro. Ecuador. Pág. 32; 58; 100-102

Artículos de revistas.

- ✓ Claros, A. 2006. Adolescentes multigestas: Aspectos socioculturales. Revista Pediátrica. Lima – Perú. Pág. 1-5.

- ✓ Urrutia, M. 2012. Autocuidado: Cuidar de uno mismo, cuidar de otros. Universidad católica de Chile. Pág. 1-18.
- ✓ Vallejos, J. 2008. Las habilidades Sociales en adolescentes embarazadas y no embarazadas. Revista Salud, sexualidad y sociedad. Lima – Perú. Pág. 1-7.

Sitios en red.

- ✓ Alcolea, S; Mohamed, F. Guía de cuidados en el embarazo; consejos de su matrona. Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ingesa.mssi.gob.es%2FestadEstudios%2FdocumPublica%2Finternet%2Fpdf%2FGuiacuidadosembarazo.pdf&ei=Yg8fU5S9HJHLkQfvmoGYDQ&usg=AFQjCNHtx1yaSbONyOOSuRSFURQ9LsnSsq>. Accesado el 03 de Enero del 2013.
- ✓ Centro de Promoción y Defensa de los derechos sexuales y Reproductivos, et. al. El embarazo en adolescentes un problema de salud pública, asunto de derechos humanos y un determinante de pobreza y subdesarrollo. Disponible en: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=situacion%20de%20embarazo%20de%20adolescentes%20en%20peru&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fespacios-seguros.promsex.org%2Fdocs%2Fespacios-seguros_brochure_es.PDF&ei=xzfoUMCLMIXq9ASezoDQDA&usg=AFQjCNF_HOIECcBGsAWZiAFLKGB9jcaCQ. Accesado el 03 de Enero del 2013.
- ✓ Dirección General de Promoción de la Salud; MINSA, 2005. Habilidades sociales en Adolescentes escolares. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0CDcQFjAF&url=http%3A%2F%2Fbvs.minsa.gob.pe%2Flocal%2FPROMOCION%2F170_adolec.pdf&ei=2wsfU_LYMMjnkAeW_IC4DA&usg=AFQjCNFp4Igl1aFANvCYIXsbkRYUfXrl6vQ&bvm=bv.62788935,d.eW0. Accesado el 03 de Enero del 2013.

- ✓ Dirección General Promoción de la Salud. MINSA, 2007; modelo de Abordaje de Promoción de la Salud Acciones a Desarrollar en el Eje temático de Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fservicios%2Fserums%2F2009%2Fdgps_para_serums_2009ii%2Fdocumentos_generales%2Feje_tematico_de_salud_sexual_reproductiva.pdf&ei=aQ0fU47PNYu0kAfMn4DoDw&usg=AFQjCNEHM-tSOZeYuGL-zvZcf02-t1NBKw&bvm=bv.62788935.d.eW0 Accesado el 03 de Enero del 2013.
- ✓ INEI - Perú: Estimaciones y proyecciones de población por sexo, según Departamento, Provincia y Distrito. Disponible en: <http://www.inei>. Encuesta nacional de hogares/2013/PERÚ. Acceso el 17-02-14.
- ✓ Issler J. 2001. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N° 107. Disponible en: <http://www.uv.es/~reguera/videoconferencia/informe%5B1%5D.htm>. Accesado el 03 de Enero del 2013.
- ✓ Marqués, E. Baja autoestima, déficit de asertividad y habilidades sociales. Disponible en: <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/habilidades-sociales-asertividad.html>. Accesado el 03 de Marzo del 2013.
- ✓ Minaya, P. 2012. Situación del embarazo adolescente; avances y desafíos en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mesadeconcertacion.org.pe%2Fdocumentos%2Fdocumentos%2FPRESENTACION-VICEMINISTRO-DE-SALUD.pdf&ei=MQ8fU_WzEMaekQfE_YDgDA&usg=AFQjCNHTmYlK-7R6F7-JkCZiRf0K9npMfQ. Accesado el 03 de Enero del 2013.
- ✓ Ministerio de Educación del Perú, 2008. Fascículo de habilidades sociales necesarias en la adolescencia. Disponible en:

http://ciberdocencia.gob.pe/archivos/fasciculo_habilidades_sociales02.pdf.

Accesado el 03 de Enero del 2013.

- ✓ Peres, X. Déficit de habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas 2005. Disponible en: <http://ucbconocimiento.ucbca.edu.bo/index.php/raj/article/view/199>.
Accesado el 04 de Marzo del 2014.
- ✓ ----- Repositorio de objetos de aprendizaje de la Universidad de Sevilla. Habilidades Sociales. Disponible en: http://rodas.us.es/file/8e71edf4-310f-85d3-f039-d6dfd4980301/1/comunicacion_SCORM.zip/page_02.htm.
Accesado el 04 de Marzo del 2014.
- ✓ Supo, J. Seminario de investigación, sinopsis del libro. 2012. Disponible en: http://Seminario-de_investigación/sinopsis.html. Accesado el 28 de Febrero del 2014.
- ✓ TV PERÚ NOTICIAS. 2014 Advierten del riesgo del embarazo precoz. Disponible en: <http://tvperu.gob.pe/noticias/locales/otros/54832-advierde-del-riesgo-del-embarazo-precoz-.html>. Accesado el 04 de Marzo del 2014.
- ✓ UNICEF, Marilu Wiegold Los niños de Amazonas Perú, 2012. Disponible en:
<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=embarazo%20de%20adolescentes%20en%20chachapoyas%202011&source=web&cd=5&cad=rja&ved=0CEUQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.unicef.org%2Fperu%2Fspanish%2Fcarpetaamazonas.pdf&ei=uTLoUO-uJ4L88gTfz4HYCQ&usg=AFQjCNGkXCAqpd0TrIWvPRNfDBbxPKyAg&bvm=bv.1355534169,d.eWU>. Accesado 03 de Enero del 2013.

ANEXOS

ANEXO N° 01.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



TEST DE EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES PSICOSOCIALES.

(Elaborado por la Dirección General de Promoción de la salud; Ministerio de salud y modificada por la investigadora)

INTRODUCCIÓN:

La presente encuesta va dirigida a las gestantes adolescentes embarazadas, cuyo propósito es determinar las Habilidades Psicosociales con un fin de estudio. Por favor contestar al 100% las preguntas.

INSTRUCCIONES:

Ésta encuesta es anónima; responda con veracidad, sinceridad y marque la respuesta que crea que es la adecuada.

I. DATOS GENERALES:

✓ **Edad:**

a. De 10 a 14 años.

b. De 15 a 19 años.

✓ **Grado de instrucción:**

a. Primaria completa. b. Primaria incompleta. c. Secundaria completa.

d. Secundaria incompleta. e. Superior completa. f. Superior incompleta.

✓ **Ocupación:**

a. Ama de casa.

b. Estudiante

c. otros (especifique)

✓ **Estado civil:**

a. Casada.

b. Soltera.

c. Conviviente

✓ **Procedencia:**

✓ **Tiempo de gestación:** meses.

II. ÍTEMS:

HABILIDAD	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas veces	Nunca
ASERTIVIDAD					
1. Prefiero callarme lo que pienso para evitarme problemas.	0	1	2	3	4
2. Si una persona o amigo (a) habla mal de mí le insulto.	0	1	2	3	4
3. Me es difícil felicitar a la persona que hace algo bueno	0	1	2	3	4
4. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa	0	1	2	3	4
5. Reclamo agresivamente con insultos cuando una persona cree estar en lo correcto	0	1	2	3	4
6. Si necesito ayuda la pido de buena manera.	4	3	2	1	0
7. Agradezco cuando alguien me ayuda	4	3	2	1	0
8. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.	4	3	2	1	0
9. Le digo a la persona o amigo cuando hace algo que no me agrada.	4	3	2	1	0
COMUNICACIÓN.					
10. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.	0	1	2	3	4

11. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.	4	3	2	1	0
12. Digo las cosas sin pensar.	0	1	2	3	4
13. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	4	3	2	1	0
14. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	4	3	2	1	0
15. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.	0	1	2	3	4
16. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.	4	3	2	1	0
17. Pregunto a las personas si me dejaron comprender.	4	3	2	1	0
18. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.	4	3	2	1	0
AUTOESTIMA.					
19. Me siento contenta con mi aspecto físico.	4	3	2	1	0
20. Me gusta verme arreglada.	4	3	2	1	0
21. Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera.	0	1	2	3	4
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.	4	3	2	1	0
23. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	4	3	2	1	0
24. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy	4	3	2	1	0

equivocada.					
25. Puedo hablar sobre mis temores.	4	3	2	1	0
26. Comparto mi alegría con mis amigos (as).	4	3	2	1	0
27. Puedo guardar los secretos de mis amigos.	4	3	2	1	0
TOMA DE DECISIONES.					
28. Pienso en varias soluciones frente a un problema.	4	3	2	1	0
29. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.	0	1	2	3	4
30. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.	4	3	2	1	0
31. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.	0	1	2	3	4
32. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.	4	3	2	1	0
33. Me cuesta decir no, por miedo a ser criticada.	0	1	2	3	4
34. Defiendo mis ideas cuando veo que mis amigos están equivocados.	4	3	2	1	0
35. Si me presionan para ir a algún lado escapando de mis obligaciones, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.	4	3	2	1	0

36. Hago planes para mi vida.	4	3	2	1	0
CONTROL DE LA IRA.					
37. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarlo.	0	1	2	3	4
38. Es muy seguida estar muy amarga acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquila.	4	3	2	1	0
39. Cuando estoy molesta no puedo dejar de gritar, mientras que en otras veces no grito.	4	3	2	1	0
40. No me molesta si alguien no me trata bien.	0	1	2	3	4
41. Yo soy muy comprensible con todas las personas.	4	3	2	1	0
42. No puedo evitar ser algo tosca con la persona que no me agrada.	0	1	2	3	4
43. Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir.	4	3	2	1	0
44. Cuando discuto rápidamente alzo la voz.	4	3	2	1	0
45. Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera.	4	3	2	1	0

Gracias.



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



AUTOCUIDADO DE LA GESTANTE.

INTRODUCCIÓN:

La presente encuesta va dirigida a las gestantes adolescentes, cuya finalidad es estimar su autocuidado; con un fin de estudio. Por favor contestar 100% las preguntas.

INSTRUCCIONES:

Ésta encuesta es anónima; responda con veracidad, sinceridad y marque la respuesta que crea que es la adecuada.

I. DATOS GENERALES:

✓ **Edad:**

- a. De 10 a 14 años. b. De 15 a 19 años.

✓ **Grado de instrucción:**

- a. Primaria completa. b. Primaria incompleta. c. Secundaria completa.
d. Secundaria incompleta. e. Superior completa. f. Superior incompleta.

✓ **Ocupación:**

- a. Ama de casa. b. Estudiante. c. otros
(especifique).....

✓ **Estado civil:**

- a. Casada. b. Soltera. c. Conviviente

✓ **Procedencia:**

✓ **Tiempo de gestación:** meses.

II. ÍTEMS:

AUTOCUIDADO	Siempre	A veces	Nunca
<i>REALIZACIÓN DE CONTROLES.</i>			
1. Prefiero esperar recibir visita domiciliaria del personal del puesto de salud para	0	1	2

realizar mis controles.			
2. Acudo al puesto de salud a realizar mis controles.	2	1	0
3. Cuando se me presenta algún inconveniente, me doy un tiempo para ir a mis controles.	2	1	0
ALIMENTACIÓN.			
4. Incluyo en mi dieta alimentos ricos en proteínas, carbohidratos, hierro; como por ejemplo: arroz, yuca, lentejas, carnes, etc.	2	1	0
5. Bebo lo recomendable de agua que favorezcan mi embarazo.	2	1	0
6. Cuando recibo información sobre mi estado nutricional pido que me expliquen las palabras que no entiendo de manera que mantenga mi peso ideal de acuerdo a mi tiempo de gestación.	2	1	0
HIGIENE Y BELLEZA.			
7. Aseo mis partes genitales por la mañana y noche.	2	1	0
8. Me mantengo limpia.	2	1	0
9. Me visto y arreglo lo necesario para sentirme bien	2	1	0
ROPA Y CALZADO.			
10. Utilizo ropa cómoda y holgada.	2	1	0
11. Utilizo zapatos adecuados (calzado con poco tacón y base ancha).	2	1	0
12. Utilizo prendas ajustadas, medias al muslo, ligeros o fajas.	0	1	2
CUIDADOS POSTURALES.			
13. Me mantengo de pie prolongadamente.	0	1	2

14. Mantengo la postura adecuada al caminar, según mi tiempo de gestación.	2	1	0
15. Utilizo sillón con respaldar y uso cojines al momento de sentarme.	2	1	0
SUEÑO Y DESCANSO.			
16. Duermo mis 8 horas completas por la noche.	2	1	0
17. Me tomo tiempo para descansar durante el día.	2	1	0
18. Para descansar opto la posición acostada sobre el lado izquierdo con las rodillas flexionadas.	2	1	0
EJERCICIO.			
19. Habitualmente realizo ejercicios con moderación (3 veces por semana con un periodo de 30 minutos).	2	1	0
20. Realizo ejercicios que favorecen mi embarazo (caminar, nadar, hacer danza o aeróbicos).	2	1	0
21. Tomo medidas adecuadas al realizar ejercicios (no hacer abdominales, ejercicios que se hagan acostada de espaldas, levantar peso).	2	1	0
PRECAUCIONES ESPECIALES.			
22. Consumo alcohol y tabaco.	0	1	2
23. Al sentirme mal, tomo medicinas sin saber sus efectos contraindicados para mi embarazo.	0	1	2
24. Consumo algún tipo de droga.	0	1	2
RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA.			
25. Al sufrir algún accidente por mínimo que fuera acudo al Puesto de Salud.	2	1	0

26. Si presento fiebre, sangrado y vómitos continuos acudo al Puesto de Salud.	2	1	0
27. Si presento fuertes dolores de cabeza, dolor abdominal intenso, visión borrosa, zumbidos en los oídos; acudo al Puesto de Salud.	2	1	0

Gracias.

ANEXO N° 02.

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: **TEST DE EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES PSICOSOCIALES.**

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, a través de expertos y a través de las pruebas estadísticas: binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento (n = 60), al 5% de significancia estadística.

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realiza a través de:

1. *Juicio de expertos.*

2. *Pruebas estadísticas:*

- ✓ Prueba binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica.
- ✓ La Z Gauss para la aceptación total del instrumento (n = 60), al 5% de significancia estadística.

A. PRUEBA BINOMIAL.

1. Hipótesis estadísticas.

H₀: P = 50% versus **H_a:** P > 50%

Dónde:

P = Es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La hipótesis alternativa (**H_a**) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta).

Entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “adecuado” o “inadecuado”.

2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%);

$(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3. Función de prueba.

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con $n= 6$ y $P = 0.50$ (50%).

4. Regla de decisión.

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor:

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$$

5. Valor calculado (VC).

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] 8.67361 (0.5)^5 (0.5)^{5-k}$$

El cálculo de ésta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial.

6. Decisión estadística.

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de $\alpha = 0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (fila 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la fila 7 de la tabla.

ITEMS. EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	6	100	0	0	0.015625	*
2	6	100	0	0	0.015625	*
3	6	100	0	0	0.015625	*
4	6	100	0	0	0.015625	*
5	6	100	0	0	0.015625	*
6	6	100	0	0	0.015625	*
7	6	100	0	0	0.015625	*
8	6	100	0	0	0.015625	*
9	6	100	0	0	0.015625	*
10	6	100	0	0	0.015625	*
TOTAL	60	100	0	0	8.67361	-

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

B. PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES

1. Hipótesis estadísticas.

H₀: P = 50% versus **H_a: P > 50%**

Dónde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (**H_a**) indica que el instrumento de medición es válido.

Entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados deba ser mayor que el 50%.

Ya que la calidad del ítem se establece como “**adecuado: Sí**” o “**inadecuado: No**”.

2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ).

$\alpha = 0.05$ (5%);	$(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)
-----------------------	--------------------------------------

3. Función de prueba.

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “adecuado” e “inadecuado” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría. Y como la muestra (respuestas) es 60, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

4. Regla de decisión.

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal **VT = 1.6449**

Con estos indicadores, la región de rechazo (**RR/H₀**) y aceptación (**RA/H₀**) de la hipótesis nula es:

Al 5%: **RR/H₀: VC > 1.6449;** **RA/H₀: VC < 1.6449**

5. Valor calculado (VC).

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

N = 60, P = 50% y p = 100%.

De donde resulta que:

VC = 8.67361

6. Decisión estadística.

Comparando el:

Valor calculado ($VC = 8.67361$) con el Valor teórico ($VT = 1.6449$)

En base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística.



Con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.

Matriz de respuestas de los profesionales consultados sobre el instrumento de medición (juicio de expertos)

ÍTEMS.	EXPERTOS*						TOTAL.
	1	2	3	4	5	6	
01	1	1	1	1	1	1	6
02	1	1	1	1	1	1	6
03	1	1	1	1	1	1	6
04	1	1	1	1	1	1	6
05	1	1	1	1	1	1	6
06	1	1	1	1	1	1	6
07	1	1	1	1	1	1	6
08	1	1	1	1	1	1	6
09	1	1	1	1	1	1	6
10	1	1	1	1	1	1	6

* Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

PROFESIONALES CONSULTADOS

1. Lic. Enf. Nelly D. Ordoñez Dávila, trabajadora del Hospital II-I Moyobamba – San Martín.
2. Lic. Enf. Humberto Castañeda Terrones, trabajador del Hospital II-I Moyobamba – San Martín.
3. Lic. Enf. William Medina Fernández, trabajador del Hospital II-I Moyobamba – San Martín.
4. Psicóloga. Keylith Margarita Vásquez Díaz, trabajadora como Psicóloga del Colegio Mayor José del Carmen Marín
5. Lic. Enf. Marlith Aguilar Camán, trabajadora de la Dirección Regional de Salud Amazonas. Dirección de Epidemiología.
6. Lic. Estadística. Elias Torres Armas, trabajador de la UNTRM-Amazonas.

**Decisión estadística sobre matriz de respuestas de los profesionales consultados
sobre el instrumento de medición (juicio de expertos)**

ITEMS. EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	6	100	0	0	0.015625	*
2	6	100	0	0	0.015625	*
3	6	100	0	0	0.015625	*
4	6	100	0	0	0.015625	*
5	6	100	0	0	0.015625	*
6	6	100	0	0	0.015625	*
7	6	100	0	0	0.015625	*
8	6	100	0	0	0.015625	*
9	6	100	0	0	0.015625	*
10	6	100	0	0	0.015625	*
TOTAL	60	100	0	0	8.67361	-

Fuente: **Apreciación de los expertos.**

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

En el siguiente cuadro se muestra que de los 6 expertos para la validez del instrumento en su contenido y criterio los puntajes dados por los expertos fueron sometidos a la prueba binomial donde en valor obtenido fue de **8.67361** siendo mayor al valor total (1.6449) lo que indica que el instrumento es adecuado.

ANEXO N° 03.

**EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN MEDIANTE EN COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH.**
(HABILIDADES PSICOSOCIALES)

Resumen del procesamiento de datos			
		N°	%
CASOS	Válidos	28	100
	Excluidos^a	0	0
	TOTAL	28	100
a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.			

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Crombach	Alfa de Crombach basado en los elementos tipificados	N° Elementos
,632	,635	45

MATRÍZ DE CORRELACIONES - INTER-ELEMENTOS

	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	
P01	1.000	-.042	-.263	-.237	.108	-.174	0.000	-.284	.130	-.099	-.061	-.304	.066	.031	-.337	-.174	0.000	-.244	-.180	-.263	.190	-.158	-.212	
P02	-.042	1.000	.275	.232	.309	-.243	-.094	-.308	.069	-.336	-.183	.186	-.031	-.514	0.000	.243	.243	-.028	0.000	-.031	-.015	-.232	.099	
P03	-.263	.275	1.000	.210	.078	.126	0.000	-.206	.161	-.190	.285	.124	-.190	.134	.366	-.126	.126	.044	0.000	.286	.023	-.019	.066	
P04	-.237	.232	.210	1.000	-.058	.252	.059	.101	.280	.019	.202	.381	.019	-.036	-.098	.151	.151	.313	-.104	.019	-.266	-.389	.378	
P05	.108	.309	.078	-.058	1.000	.148	-.173	-.178	-.139	-.370	-.046	.302	.191	-.147	.402	-.030	.326	.073	-.307	-.034	.253	-.031	.160	
P06	-.174	-.243	.126	.252	.148	1.000	.234	.061	.284	.126	.058	-.036	.126	.236	.258	.067	.067	.429	.138	.126	.303	.353	.522	
P07	0.000	-.094	0.000	.059	-.173	.234	1.000	-.071	.332	.147	-.068	-.298	.588	0.000	-.151	.389	.389	.501	.161	-.147	.495	.295	.203	
P08	-.284	-.308	-.206	.101	-.178	.061	-.071	1.000	-.310	.480	-.179	.060	.252	.385	-.117	.182	.182	-.333	.125	.480	-.319	-.284	.453	
P09	.130	.069	.161	.280	.139	.284	.332	-.310	1.000	-.107	.223	.031	.161	-.050	.275	0.000	.284	.482	0.000	-.242	.206	-.172	.099	
P10	-.099	-.336	-.190	.019	-.370	.126	.147	.480	-.107	1.000	.066	.124	.286	.356	-.122	.126	.126	-.103	.130	.286	-.206	.172	.285	
P11	-.061	-.183	.285	.202	-.046	.058	-.068	-.179	.223	.066	1.000	.235	-.154	-.123	.337	-.522	-.058	.333	0.000	.066	-.179	-.026	-.010	
P12	-.304	.186	.124	.381	.302	-.036	-.298	.060	.031	.124	.235	1.000	-.152	-.103	.282	-.255	.036	-.055	-.377	.262	-.205	-.381	.235	
P13	.066	-.031	-.190	.019	.191	.126	.588	.252	.161	.286	-.154	-.152	1.000	-.089	-.122	.378	.630	.044	-.261	.048	.252	-.019	.504	
P14	.031	-.514	.134	-.036	-.147	.236	0.000	.385	-.050	.356	-.123	-.103	-.089	1.000	-.114	.236	-.236	-.221	.366	.579	-.257	.036	.082	
P15	-.337	0.000	.366	-.098	.402	.258	-.151	-.117	.275	-.122	.337	.282	-.122	-.114	1.000	-.387	.258	.151	.134	0.000	0.000	.195	-.112	
P16	-.174	.243	-.126	.151	-.030	.067	.389	.182	0.000	.126	-.522	-.255	.378	.236	-.387	1.000	.200	.039	.276	.126	-.061	.050	.174	
P17	0.000	.243	.126	.151	.326	.067	.389	.182	.284	.126	-.058	.036	.630	-.236	.258	.200	1.000	.039	-.138	-.126	.182	-.151	.406	
P18	-.244	-.028	.044	.313	.073	.429	.501	-.333	.482	-.103	.333	-.055	.044	-.221	.151	.039	.039	1.000	.162	-.398	.375	.396	.061	
P19	-.180	0.000	0.000	-.104	-.307	.138	.161	.125	0.000	.130	0.000	-.377	-.261	.366	.134	.276	-.138	.162	1.000	.261	-.251	.313	-.120	
P20	-.263	-.031	.286	.019	-.034	.126	-.147	.480	-.242	.286	.066	.262	.048	.579	0.000	.126	-.126	-.398	.261	1.000	-.435	-.210	.504	
P21	.190	-.015	.023	-.266	.253	.303	.495	-.319	.206	-.266	-.179	-.205	.252	-.257	0.000	-.061	.182	.375	-.251	-.435	1.000	.266	.032	
P22	-.158	-.232	-.019	-.389	-.031	.353	.295	-.284	-.172	.172	-.026	-.381	-.019	.036	.195	.050	-.151	.396	.313	-.210	.266	1.000	-.202	
P23	-.212	.099	.066	.378	.160	.522	.203	.453	.099	.285	-.010	.235	.504	.082	-.112	.174	.406	.061	-.120	.504	.032	-.202	1.000	
P24	-.263	-.336	-.190	.210	-.034	.378	.294	.252	-.242	.524	.066	-.014	.524	.134	-.122	.378	.126	.192	-.130	.048	.023	.362	.285	
P25	-.263	-.336	.286	.019	-.034	.126	.294	.023	.027	.524	.504	.124	.286	.134	.366	-.126	.378	.192	0.000	.048	.023	.362	.066	
P26	-.263	-.336	-.190	.210	-.034	.378	.294	.252	-.242	.524	.066	-.014	.524	.134	-.122	.378	.126	.192	-.130	.048	.023	.362	.285	
P27	-.302	-.327	.145	.204	.154	.192	-.225	-.105	-.123	.145	.369	.274	-.218	.068	.373	-.192	-.192	.248	-.199	-.218	-.105	.379	-.302	
P28	-.150	.113	-.176	-.125	.029	-.036	.293	.111	.092	.095	.006	-.145	.231	-.051	-.208	.323	-.108	.466	.223	.095	.111	.125	.131	
P29	.190	-.308	.023	-.266	-.285	.061	-.071	-.538	.206	.023	.242	-.073	-.206	-.043	0.000	-.303	-.545	.092	-.251	-.206	.121	.266	-.390	
P30	.113	-.140	-.327	.087	-.026	0.000	-.169	.367	-.185	.491	-.201	.095	.218	.102	-.280	.289	0.000	-.135	-.299	-.055	-.157	-.087	.050	
P31	.075	.140	.055	-.087	.154	-.289	-.506	-.367	.185	-.491	-.050	.063	-.491	-.102	.140	-.289	-.577	-.034	-.149	-.218	-.105	-.131	-.553	
P32	-.553	.096	-.150	.140	-.247	.132	.464	.168	.056	.350	-.208	-.101	.350	-.187	0.000	.397	.397	.326	.274	-.150	.168	.261	.254	
P33	.230	-.031	.286	.019	.415	.126	.294	.023	.027	.048	.285	.124	.524	-.089	.244	-.126	.630	-.103	-.391	.048	.252	-.019	.285	
P34	-.049	-.091	.494	.057	.233	.125	.218	.068	-.252	.024	.087	.095	.024	.506	0.000	.249	.125	-.015	.064	.376	.068	.132	.087	
P35	-.193	-.033	.431	.223	-.215	.403	.470	.024	-.043	.431	.070	-.088	.178	.380	-.065	.268	.134	.126	.278	.304	.146	.386	.304	
P36	0.000	-.081	.126	-.454	-.148	-.200	.078	-.061	-.142	-.126	.406	-.401	.126	-.236	.129	-.333	-.067	.039	.138	.126	-.061	.252	-.058	
P37	.302	.210	.218	.306	-.154	0.000	0.000	-.157	.277	-.055	.302	-.221	-.327	.102	-.280	0.000	0.000	.203	.299	-.065	-.157	-.087	.050	
P38	-.358	.210	.082	.197	-.283	0.000	-.506	-.026	-.108	.082	-.075	.331	-.600	.102	0.000	0.000	-.433	-.220	.224	.218	-.288	-.197	-.075	
P39	-.264	.210	-.055	.087	.103	0.000	-.169	.367	-.185	-.055	-.201	.095	.218	.102	-.140	.577	0.000	-.304	0.000	.491	-.419	-.306	.302	
P40	-.389	.362	.282	.113	.265	.149	0.000	-.135	.318	-.141	-.259	.244	.141	-.264	.361	.298	.447	.087	-.231	-.141	.135	-.113	.130	
P41	-.340	-.118	.184	-.074	-.217	.358	.038	.266	-.277	.184	.028	-.089	.061	-.115	.189	.033	.293	-.171	0.000	.061	.148	.172	.255	
P42	.066	.275	.048	-.172	.303	.126	.588	-.206	.295	-.190	-.373	-.427	.524	-.312	.122	.378	.630	.339	0.000	-.429	.480	.362	.066	
P43	.039	-.197	-.112	-.324	.704	.074	-.173	.013	-.142	-.251	.167	.154	.168	-.052	.215	-.222	-.074	.112	-.383	.028	.282	.101	.039	
P44	-.075	.210	.491	.306	.231	.289	0.000	-.419	.123	-.327	.306	.050	.095	-.327	.102	-.140	0.000	-.289	.372	-.149	-.055	.367	.131	.050
P45	.264	.140	.055	-.306	.026	-.289	-.169	-.367	.031	-.218	-.050	-.095	-.218	-.102	0.000	-.289	0.000	-.034	.149	-.218	.419	.087	-.302	

P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42	P43	P44	P45
-263	-263	-263	-302	-150	.190	.113	.075	-.553	.230	-.049	-.193	0.000	.302	-.358	-.264	-.389	-.340	.066	.039	-.075	.264
-.336	-.336	-.336	-.327	.113	-.308	-.140	.140	.096	-.031	-.091	-.033	-.081	.210	.210	.210	.362	-.118	.275	-.197	.210	.140
-.190	.286	-.190	.145	-.176	.023	-.327	.055	-.150	.286	.494	.431	.126	.218	.082	-.055	.282	.184	.048	-.112	.491	.055
.210	.019	.210	.204	-.125	-.266	.087	-.087	.140	.019	.057	.223	-.454	.306	.197	.087	.113	-.074	-.172	-.324	.306	-.306
-.034	-.034	-.034	.154	.029	-.285	-.026	.154	-.247	.415	.233	-.215	-.148	-.154	-.283	.103	.265	-.217	.303	.704	.231	.026
.378	.126	.378	.192	-.036	.061	0.000	-.289	.132	.126	.125	.403	-.200	0.000	0.000	0.000	.149	.358	.126	.074	.289	-.289
.294	.294	.294	-.225	.293	-.071	-.169	-.506	.464	.294	.218	.470	.078	0.000	-.506	-.169	0.000	.038	.588	-.173	0.000	.169
.252	.023	.252	-.105	.111	-.538	.367	-.367	.168	.023	.068	.024	-.061	-.157	-.026	.367	-.135	.266	-.206	.013	-.419	-.367
-.242	.027	-.242	-.123	.092	.206	-.185	.185	.056	.027	-.252	-.043	-.142	.277	-.108	-.185	.318	-.277	.295	-.142	.123	.031
.524	.524	.524	.145	.095	.023	.491	-.491	.350	.048	.024	.431	-.126	-.055	.082	-.055	-.141	.184	-.190	-.251	-.327	-.218
.066	.504	.066	.369	.006	.242	-.201	-.050	-.208	.285	.087	.070	.406	.302	-.075	-.201	-.259	.028	-.373	.167	.050	-.050
-.014	.124	-.014	.274	-.145	-.073	.095	.063	-.101	.124	.095	-.088	-.401	-.221	.331	.095	.244	-.089	-.427	.154	.095	-.095
.524	.286	.524	-.218	.231	-.206	.218	-.491	.350	.524	.024	.178	.126	-.327	-.600	.218	.141	.061	.524	.168	-.327	-.218
.134	.134	.134	.068	-.051	-.043	.102	-.102	-.187	-.089	.506	.380	-.236	.102	.102	-.264	-.115	-.312	-.052	.102	-.102	-.102
-.122	.366	-.122	.373	-.208	0.000	-.280	.140	0.000	.244	0.000	-.065	.129	-.280	0.000	-.140	.361	.189	.122	.215	-.140	0.000
.378	-.126	.378	-.192	.323	-.303	.289	-.289	.397	-.126	.249	.268	-.333	0.000	0.000	.577	.298	.033	.378	-.222	0.000	-.289
.126	.378	.126	-.192	-.108	-.545	0.000	-.577	.397	.630	.125	.134	-.067	0.000	-.433	0.000	.447	.293	.630	-.074	-.289	0.000
.192	.192	.192	.248	.466	.092	-.135	-.034	.326	-.103	-.015	.126	.039	.203	-.220	-.304	.087	-.171	.339	.112	.372	-.034
-.130	0.000	-.130	-.199	.223	-.251	-.299	-.149	.274	-.391	.064	.278	.138	.299	.224	0.000	-.231	0.000	0.000	-.383	-.149	.149
.048	.048	.048	-.218	.095	-.206	-.055	-.218	-.150	.048	.376	.304	.126	-.055	.218	.491	-.141	.061	-.429	.028	-.055	-.218
.023	.023	.023	-.105	.111	.121	-.157	-.105	.168	.252	.068	.146	-.061	-.157	-.288	-.419	.135	.148	.480	.282	.367	.419
.362	.362	.362	.379	.125	.266	-.087	-.131	.261	-.019	.132	.386	.252	-.087	-.197	-.306	-.113	.172	.362	.101	.131	.087
.285	.066	.285	-.302	.131	-.390	.050	-.553	.254	-.285	.087	.304	-.058	.050	-.075	.302	.130	.255	.066	.039	.050	-.302
1.000	.524	1.000	.509	.095	.023	.491	-.491	.350	.286	.259	.431	-.126	-.327	-.191	.218	0.000	.307	.048	.168	-.055	-.491
.524	1.000	.524	.509	-.176	.023	-.055	-.491	.350	.524	.376	.558	.126	-.055	-.191	-.327	0.000	.307	.048	.028	-.055	.055
1.000	.524	1.000	.509	.095	.023	.491	-.491	.350	.286	.259	.431	-.126	-.327	-.191	.218	0.000	.307	.048	.168	-.055	-.491
.509	.509	.509	1.000	-.228	.245	.250	.167	-.076	.145	.252	.155	-.192	-.167	.042	-.167	0.000	.094	-.218	.299	.250	-.250
.095	-.176	.095	-.228	1.000	-.020	.280	.031	.128	-.312	-.054	-.188	.323	-.031	-.264	.280	0.000	-.368	.231	.294	-.031	-.280
.023	.023	.023	.245	-.020	1.000	.105	.419	-.313	-.206	-.271	-.097	.182	-.157	.105	-.157	0.000	-.089	-.206	.013	.105	-.105
.491	-.055	.491	.250	.280	.105	1.000	-.063	-.115	-.055	-.027	-.203	-.289	-.250	-.094	.375	.161	0.000	-.055	.128	-.250	-.688
-.491	-.491	-.491	.167	.031	.419	-.063	1.000	-.459	-.491	-.377	-.523	0.000	-.062	.250	-.063	0.000	-.563	-.218	.192	.250	.062
.350	.350	.350	-.076	.128	-.313	-.115	-.459	1.000	-.150	-.198	.373	-.132	-.115	.172	-.115	.296	.323	.350	-.382	-.115	.115
.286	.524	.286	.145	-.312	-.206	-.055	-.491	-.150	1.000	.494	.304	.126	-.055	-.600	-.055	0.000	.307	.286	.307	-.055	.055
.259	.376	.259	.252	-.054	-.271	-.027	-.377	-.198	.494	1.000	.526	-.125	.108	-.229	.108	-.070	.122	.024	.221	.377	.027
.431	.558	.431	.155	-.188	-.097	-.203	-.523	.373	.304	.526	1.000	-.134	.232	.087	-.203	-.150	.327	.051	-.342	.378	.203
-.126	.126	-.126	-.192	.323	.182	-.289	0.000	-.132	.126	-.125	-.134	1.000	0.000	-.433	0.000	-.298	.033	.126	.222	-.289	0.000
-.327	-.055	-.327	-.167	-.031	-.157	-.250	-.062	-.115	-.055	.108	.232	0.000	1.000	.062	-.250	-.323	-.141	-.055	-.352	.375	.250
-.191	-.191	-.191	.042	-.264	.105	-.094	.250	.172	-.600	-.229	.087	-.433	.062	1.000	.062	.161	.141	-.600	-.432	.219	.094
.218	-.327	.218	-.167	.280	-.157	.375	-.063	-.115	-.055	.108	-.203	0.000	-.250	.062	1.000	.323	.141	-.055	.128	-.250	-.688
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	.161	0.000	.296	0.000	-.070	-.150	-.298	-.323	.161	.323	1.000	.291	.423	-.083	0.000	-.323
.307	.307	.307	.094	-.368	-.089	0.000	-.563	.323	.307	.122	.327	.033	-.141	.141	.141	.291	1.000	.061	-.180	-.141	-.141
.048	.048	.048	-.218	.231	-.206	-.055	-.218	.350	.286	.024	.051	.126	-.055	-.600	-.055	.423	.061	1.000	.028	-.055	.055
.168	.028	.168	.299	.294	.013	.128	.192	-.382	.307	.221	-.342	.222	-.352	-.432	.128	-.083	-.180	.028	1.000	.128	-.128
-.055	-.055	-.055	.250	-.031	.105	-.250	.250	-.115	-.055	.377	.378	-.289	.375	.219	-.250	0.000	-.141	-.055	.128	1.000	.250
-.491	.055	-.491	-.250	-.280	-.105	-.688	.062	.115	.055	.027	.203	0.000	.250	.094	-.688	-.323	-.141	.055	-.128	.250	1.000

ESTADÍSTICOS DE ESCALA			
Media	Varianza	Desviación típica	Nº de elementos
113.20	46.063	6.787	45

CRITERIO DE CONFIABILIDAD

- -1 a 0 : no es confiable
- 0 a 0.49 : baja confiabilidad
- 0.5 a 0.75 : moderada confiabilidad
- 0.76 a 0.89 : fuerte confiabilidad
- 0.9 a 1 : alta confiabilidad

Por lo tanto el **COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH** es 0,632 lo que indica según el criterio tiene una moderada confiabilidad.

ANEXO N° 04.

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: AUTOCUIDADO DE LA GESTANTE.

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, a través de expertos y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ($n = 60$), al 5% de significancia estadística.

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realiza a través de:

1. *Juicio de expertos.*

2. *Pruebas estadísticas:*

- ✓ Prueba Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica.
- ✓ La Z Gauss para la aceptación total del instrumento

($n = 60$), al 5% de significancia estadística.

A. PRUEBA BINOMIAL.

1. Hipótesis estadísticas.

H₀: $P = 50\%$ versus **H_a:** $P > 50\%$

Dónde:

P = Es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La Hipótesis alternativa (**H_a**) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta).

Entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “adecuado” o “inadecuado”.

2. Nivel de significancia (α) y nivel de CONFIANZA (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%);

$(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3. Función de prueba.

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con $n= 6$ y $P = 0.50$ (50%).

4. Regla de decisión.

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor:

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$$

5. Valor calculado (VC).

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] 8.67361 (0.5)^5 (0.5)^{5-k}$$

El cálculo de ésta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial.

6. Decisión estadística

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de $\alpha = 0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (fila 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la fila 7 de la tabla.

ITEMS. EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	6	100	0	0	0.015625	*
2	6	100	0	0	0.015625	*
3	6	100	0	0	0.015625	*
4	6	100	0	0	0.015625	*
5	6	100	0	0	0.015625	*
6	6	100	0	0	0.015625	*
7	6	100	0	0	0.015625	*
8	6	100	0	0	0.015625	*
9	6	100	0	0	0.015625	*
10	6	100	0	0	0.015625	*
TOTAL	60	100	0	0	8.67361	-

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

B. PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES

1. Hipótesis estadísticas

Ho: P = 50% versus **Ha:** P > 50%

Dónde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (**Ha**) indica que el instrumento de medición es válido.

Entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados deba ser mayor que el 50%.

Ya que la calidad del ítem se establece como “adecuado: Sí” o “inadecuado: No”.

2. Nivel de significancia (α) y nivel de CONFIANZA (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%);	$(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)
-----------------------	--------------------------------------

3. Función de prueba.

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “adecuado” e “inadecuado” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría.

Y como la muestra (respuestas) es 60, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

4. Regla de decisión.

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal **VT = 1.6449**

Con estos indicadores, la región de rechazo (**RR/Ho**) y aceptación (**RA/Ho**) de la hipótesis nula es:

Al 5%: RR/Ho: VC > 1.6449; RA/Ho: VC < 1.6449

5. Valor calculado (VC).

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

N = 60, P = 50% y p = 100%.

De donde resulta que:

VC = 8.67361

6. Decisión estadística.

Comparando el:

Valor calculado (**VC = 8.67361**) con el Valor teórico (**VT = 1.6449**)

En base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística.



Con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.

Matriz de respuestas de los profesionales consultados sobre el instrumento de medición (juicio de expertos)

ÍTEMS.	EXPERTOS*						TOTAL.
	1	2	3	4	5	6	
01	1	1	1	1	1	1	6
02	1	1	1	1	1	1	6
03	1	1	1	1	1	1	6
04	1	1	1	1	1	1	6
05	1	1	1	1	1	1	6
06	1	1	1	1	1	1	6
07	1	1	1	1	1	1	6
08	1	1	1	1	1	1	6
09	1	1	1	1	1	1	6
10	1	1	1	1	1	1	6

* Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

* : Significativa (P < 0.05)

** : Altamente significativa (P < 0.01)

PROFESIONALES CONSULTADOS

1. Lic. Enf. Nelly D. Ordoñez Dávila, trabajadora del Hospital II-I Moyobamba – San Martín.
2. Lic. Enf. Humberto Castañeda Terrones, trabajador del Hospital II-I Moyobamba – San Martín.
3. Obstetrix Ana Rojas Mendoza, trabajadora del Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas área de Planificación familiar.
4. Mag. Obstetricia. Victoria Milagros Salazar Gordillo. Obstetra del Puesto de Salud CLAS SALUD Y VIDA Pimentel – Chiclayo.
5. Lic. Enf. Marlith Aguilar Camán, trabajadora de la Dirección Regional de Salud Amazonas. Dirección de Epidemiología.
6. Lic. Estadística. Elias Torres Armas, trabajador de la UNTRM-Amazonas.

**Decisión estadística sobre matriz de respuestas de los profesionales consultados
sobre el instrumento de medición (juicio de expertos)**

ITEMS. EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	6	100	0	0	0.015625	*
2	6	100	0	0	0.015625	*
3	6	100	0	0	0.015625	*
4	6	100	0	0	0.015625	*
5	6	100	0	0	0.015625	*
6	6	100	0	0	0.015625	*
7	6	100	0	0	0.015625	*
8	6	100	0	0	0.015625	*
9	6	100	0	0	0.015625	*
10	6	100	0	0	0.015625	*
TOTAL	60	100	0	0	8.67361	-

Fuente: **Apreciación de los expertos.**

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

En el siguiente cuadro se muestra que de los 6 expertos para la validez del instrumento en su contenido y criterio los puntajes dados por los expertos fueron sometidos a la prueba binomial donde en valor obtenido fue de **8.67361** siendo mayor al valor total (1.6449) lo que indica que el instrumento es adecuado.

ANEXO N° 05.

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN MEDIANTE EN COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH.
(AUTOCUIDADO DE LA GESTANTE)

Resumen del procesamiento de datos			
		N°	%
CASOS	Válidos	28	100
	Excluidos^a	0	0
	TOTAL	28	100
a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.			

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Crombach	Alfa de Crombach basado en los elementos tipificados	N° Elementos
,632	,653	27

MATRÍZ DE CORRELACIONES - INTER-ELEMENTOS.

	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27
P01	1.000	-.358	.199	.135	.299	-.112	-.069	-.161	.103	.325	.087	.596	-.315	.300	.472	-.241	.447	-.015	.187	.207	.028	.280	.069	-.298	.087	.087	.087
P02	-.358	1.000	-.200	-.126	-.081	0.000	.289	.192	0.000	-.545	-.243	-.333	-.126	0.000	-.243	.577	-.289	.126	.462	.115	0.000	.081	.192	.192	.081	.081	.081
P03	.199	-.200	1.000	.126	.404	.157	.289	.192	0.000	.078	-.081	.067	-.126	-.157	.243	-.289	-.289	-.378	-.277	-.346	0.000	-.404	-.192	.192	-.081	.243	.243
P04	.135	-.126	.126	1.000	.275	.356	.218	-.218	-.055	.441	.336	.126	-.190	.089	.031	.218	-.055	.048	.105	-.218	.134	-.275	-.218	.218	.031	.031	.031
P05	.299	-.081	.404	.275	1.000	.343	.210	.140	-.140	.094	.176	-.081	-.031	.038	.176	.210	.210	-.336	.157	.140	.343	.176	.140	-.140	.176	.176	.176
P06	-.112	0.000	.157	.356	.343	1.000	-.068	.181	-.068	.183	-.152	.157	-.238	-.074	-.057	.102	-.068	-.238	-.305	-.544	.167	.038	-.045	.045	.038	.229	.229
P07	-.069	.289	.289	.218	.210	-.068	1.000	.250	.063	0.000	.140	-.289	-.055	-.272	.315	.063	-.250	.218	.080	0.000	-.153	-.210	-.167	-.250	-.210	-.210	-.210
P08	-.161	.192	.192	-.218	.140	.181	.250	1.000	.250	0.000	.327	-.192	.145	.272	-.140	.250	-.167	.145	.053	0.000	.408	-.140	-.111	-.444	-.140	.327	.327
P09	.103	0.000	0.000	-.055	-.140	-.068	.063	.250	1.000	0.000	.140	0.000	-.055	.238	-.035	-.250	-.250	.218	.280	.250	.102	-.210	-.167	-.250	-.210	-.210	-.210
P10	.325	-.545	.078	.441	.094	.183	0.000	0.000	0.000	1.000	.283	.389	0.000	-.092	.283	0.000	.169	.147	-.324	-.135	-.138	.094	0.000	-.225	.094	.094	.094
P11	.087	-.243	-.081	.336	.176	-.152	.140	.327	.140	.283	1.000	.081	.336	.343	.020	.140	.140	.336	.291	.140	.514	-.176	-.140	-.327	.216	.216	.216
P12	.596	-.333	.067	.126	-.081	.157	-.289	-.192	0.000	.389	.081	1.000	-.126	.157	.404	-.289	.289	.126	-.092	-.115	0.000	.404	.192	-.192	.404	.404	.404
P13	-.315	-.126	-.126	-.190	-.031	-.238	-.055	.145	-.055	0.000	.336	-.126	1.000	-.059	-.275	.218	-.055	-.190	-.070	.218	.356	.031	.145	-.145	.031	-.275	-.275
P14	.300	0.000	-.157	.089	.038	-.074	-.272	.272	.238	-.092	.343	.157	-.059	1.000	-.038	.238	.238	.386	.632	.408	.528	-.038	-.181	-.272	-.038	.152	.152
P15	.472	-.243	.243	.031	.176	-.057	.315	-.140	-.035	.283	.020	.404	-.275	-.038	1.000	-.385	.140	.336	-.157	-.140	-.200	.216	.093	-.327	.216	.020	.020
P16	-.241	.577	-.289	.218	.210	.102	.063	.250	-.250	0.000	.140	-.289	.218	.238	-.385	1.000	.062	-.055	.480	.250	.357	.140	.250	.167	.140	.140	.140
P17	.447	-.289	-.289	-.055	.210	-.068	-.250	-.167	-.250	.169	.140	.289	-.055	.238	.140	.062	1.000	-.055	.280	.250	-.153	.490	.250	-.250	.140	.140	.140
P18	-.015	.126	-.378	.048	-.336	-.238	.218	.145	.218	.147	.336	.126	-.190	.386	.336	-.055	-.055	1.000	.280	.218	-.089	.031	-.218	-.509	.031	.031	.031
P19	.187	.462	-.277	.105	.157	-.305	.080	.053	.280	-.324	.291	-.092	-.070	.632	-.157	.480	.280	.280	1.000	.641	.294	.067	.053	-.053	.067	.067	.067
P20	.207	.115	-.346	-.218	.140	-.544	0.000	0.000	.250	-.135	.140	-.115	.218	.408	-.140	.250	.250	.218	.641	1.000	.204	.420	.333	-.333	.140	-.140	-.140
P21	.028	0.000	0.000	.134	.343	.167	-.153	.408	.102	-.138	.514	0.000	.356	.528	-.200	.357	-.153	-.089	.294	.204	1.000	-.057	.068	-.068	.229	.229	.229
P22	.280	.081	-.404	-.275	.176	.038	-.210	-.140	-.210	.094	-.176	.404	.031	-.038	.216	.140	.490	.031	.067	.420	-.057	1.000	.793	-.327	.608	.216	.216
P23	.069	.192	-.192	-.218	.140	-.045	-.167	-.111	-.167	0.000	-.140	.192	.145	-.181	.093	.250	.250	-.218	.053	.333	.068	.793	1.000	.111	.793	.327	.327
P24	-.298	.192	.192	.218	-.140	.045	-.250	-.444	-.250	-.225	-.327	-.192	-.145	-.272	-.327	.167	-.250	-.509	-.053	-.333	-.068	-.327	.111	1.000	.140	.140	.140
P25	.087	.081	-.081	.031	.176	.038	-.210	-.140	-.210	.094	.216	.404	.031	-.038	.216	.140	.140	.031	.067	.140	.229	.608	.793	.140	1.000	.608	.608
P26	.087	.081	.243	.031	.176	.229	-.210	.327	-.210	.094	.216	.404	-.275	.152	.020	.140	.140	.031	.067	-.140	.229	.216	.327	.140	.608	1.000	1.000
P27	.087	.081	.243	.031	.176	.229	-.210	.327	-.210	.094	.216	.404	-.275	.152	.020	.140	.140	.031	.067	-.140	.229	.216	.327	.140	.608	1.000	1.000

ESTADÍSTICOS DE ESCALA			
Media	Varianza	Desviación típica	Nº de elementos
36.90	17.253	4.154	27

CRITERIO DE CONFIABILIDAD

- -1 a 0 : no es confiable
- 0 a 0.49 : baja confiabilidad
- 0.5 a 0.75 : moderada confiabilidad
- 0.76 a 0.89 : fuerte confiabilidad
- 0.9 a 1 : alta confiabilidad

Por lo tanto el **COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH** es 0.632 lo que indica según el criterio tiene una moderada confiabilidad

ANEXO N° 06.

TABLA N° 01: Habilidades sociales de la gestante adolescente. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.

Habilidades sociales	fi	%
Muy alta	4	14.3
Alta	12	42.9
Media	11	39.3
Baja	1	3.6
Muy baja	0	0
Total	28	100

Fuente: "Test de evaluación de las habilidades sociales"

ANEXO N° 07.

TABLA N° 02: Autocuidado de la gestante adolescente. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.

Autocuidado	fi	%
Bueno	9	32.1
Regular	14	50.0
Deficiente	5	17.9
Total	28	100

Fuente: Encuesta "Autocuidado de la gestante"

ANEXO N° 08.

TABLA N° 03: Edades de las gestantes adolescentes. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.

Edad de las gestantes adolescentes.	fi	%
De 10 a 14 años.	9	32.1
De 15 a 19 años.	19	67.9
Total	28	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las gestantes.

ANEXO N° 09.

TABLA N° 04: Ocupación de las gestantes adolescentes. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.

Ocupación de las gestantes adolescentes.	fi	%
Ama de casa.	11	39.3
Estudiante.	16	57.1
Comerciante.	1	3.6
Total	28	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las gestantes.

ANEXO N° 10.

TABLA N° 05: Estado civil de las gestantes adolescentes. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.

Estado civil de las gestantes adolescentes.	fi	%
Casada.	3	10.7
Soltera.	21	75.0
Conviviente.	4	14.3
Total	28	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las gestantes.

ANEXO N° 11.

TABLA N° 06: Grado de instrucción de las gestantes adolescentes. Micro Red de Salud Chachapoyas - Amazonas 2014.

Grado de instrucción de las gestantes adolescentes.	fi	%
Primaria completa.	5	17.9
Primaria incompleta.	3	10.7
Secundaria incompleta.	18	64.3
Superior.	2	7.1
Total	28	100

Fuente: Encuestas aplicadas a las gestantes.