

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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
NIVEL DE ESTRÉS EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS.
AMAZONAS, 2016- 2017.**

**Tesis para optar el título profesional de licenciada en
enfermería**

Autora : Bach. Zoila Vargas Marina

Asesora : Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
NIVEL DE ESTRÉS EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS.
AMAZONAS, 2016- 2017.**

**Tesis para optar el título profesional de licenciada en
enfermería**

Autora : Bach. Zoila Vargas Marina

Asesora : Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi madre; que durante mi formación académica me ha brindado su apoyo incondicional, alentándome a continuar y luchar por mis metas.

A mis hermanas y amigas por ser testigos fieles del proceso de mi formación y por acompañarme siempre con su amor y comprensión en este arduo camino.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas y con ella al equipo de docentes que a lo largo de estos años nos imparten sus conocimientos y experiencias para formar profesionales íntegros y competentes

A la Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez, por ser promotora primordial en la ejecución de ésta investigación, que con su rol de asesora me brindó las herramientas necesarias para lograr mis objetivos.

A las adolescentes embarazadas que fueron partícipes de ésta investigación que con su colaboración enriquecieron y permitieron la ejecución del presente proyecto.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL “TORIBIO
RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS”**

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán

Vicerrectora de investigación

Dr. Edwin Gonzales Paco

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

Director de la Escuela Profesional de Enfermería

JURADO EVALUADOR DE TESIS

(Resolución de decanato N°156-2018-UNTRM- VRAC/F.C.S)

PRESIDENTE

Dr. Edwin Gonzales Paco

SECRETARIO

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

VOCAL

Mg. Carla maría Ordinola Ramirez

VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez identificada con DNI N° 40623694, con domicilio legal entre el Jr. Hermosura y Bolivia docente de tiempo completo de la escuela profesional de enfermería, de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Doy el visto bueno al informe de investigación titulado: **“NIVEL DE ESTRÉS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS. AMAZONAS, 2016- 2017”**, elaborado por la bachiller Zoila Vargas Marina de la Escuela Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Por lo tanto.

Firmo la presente para mayor constancia

Chachapoyas 01 de marzo del 2018

Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez
DNI N° 40623694

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades de la UNTRM-A	iii
Jurado evaluador	iv
Visto bueno de la asesora	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Índice de anexos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I.INTRODUCCIÓN	13
II.OBJETIVOS	14
III.MARCO TEÓRICO	17
Antecedentes	17
Base teórica	19
Definición de términos	47
IV.MATERIAL Y MÉTODOS	49
Tipo y diseño de investigación	49

Población, muestra y muestreo	49
Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
Análisis de datos	52
V.RESULTADOS	53
VI.DISCUSIÓN	57
VII.CONCLUSIONES	63
VII.RECOMENDACIONES	64
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 01: Nivel de estrés en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.	53
Tabla 02: Nivel de estrés según dimensiones fisiológica y psicológica en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.	54
Tabla 03: Nivel de estrés según edades en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.	55
Tabla 04: Nivel de estrés según etapa gestacional en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.	56

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura 01 Nivel de estrés en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.	53
Figura 02 Nivel de estrés según dimensiones fisiológica y psicológica en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.	54
Figura 03 Nivel de estrés según edades en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.	55
Figura 04 Nivel de estrés según etapa gestacional en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen De Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.	56

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01 Operacionalización de la variable	71
Anexo 02 Matriz de consistencia	73
Anexo 03 Instrumento de recolección de datos	76
Anexo 04 Escala dicotómica para evaluar instrumento de evaluación por juicio de expertos	78
Anexo 05 Evaluación de la validez del instrumento de medición	79
Anexo 06 Evaluación de la confiabilidad del instrumento de medición	81
Anexo 08 Consentimiento informado	83
Anexo 09 Asentimiento informado	84
Anexo 10 Lugar de procedencia y nivel de estrés de las adolescentes embarazadas	85

RESUMEN

Fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, transversal, cuyo objetivo general: fue determinar el nivel de estrés en adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017. La muestra estuvo constituida por 40 adolescentes embarazadas registradas en el hospital regional virgen de Fátima de Chachapoyas, para la recolección de datos se utilizó el método de la encuesta, técnica del cuestionario e instrumento la escala de Beck (modificado por la investigadora). La confiabilidad 0.87 (Split halves y spearman Brown), la validez 8.88 (mediante la prueba de Z de Gauss). Los resultados obtenidos fueron: del 100% (40) de las adolescentes embarazadas el 62.5% (31) presentó nivel de estrés moderado, el 37.5% (9) presentó nivel de estrés alto y el 0% (0) presentó un nivel de estrés bajo. Además en la dimensión fisiológica predominó el nivel de estrés bajo (65%) y en la dimensión psicológica el nivel de estrés moderado (80%). Según edades, predominó el nivel de estrés moderado: en la adolescencia temprana (69.2%), en la adolescencia tardía (81.5%). respecto a la etapa gestacional predominó el nivel de estrés moderado, en el I trimestre (78.6%), II trimestre (81.8%) y III trimestre (73.3%). Concluyendo que existe un moderado nivel de estrés en adolescentes embarazadas.

Palabras clave: Adolescencia, embarazo adolescente, Estrés.

ABSTRACT

It was a quantitative, descriptive, cross-sectional approach, whose general objective was to determine the level of stress in pregnant adolescents of the Regional Hospital Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017. The sample consisted of 40 pregnant teenagers registered in the virgin regional hospital of Fátima de Chachapoyas, for the collection of data the survey method, questionnaire technique and the Beck scale instrument (modified by the researcher) The reliability 0.87 (Split halves and spearman Brown), the validity 8.88 (by the test of Z of Gauss). The results obtained were: 100% (40) of pregnant adolescents 62.5% (31) presented moderate stress level, 37.5% (9) presented high stress level and 0% (0) presented a level of stress low. In addition, in the physiological dimension the level of low stress predominated (65%) and in the psychological dimension the level of moderate stress (80%). According to ages, the level of moderate stress predominated: in early adolescence (69.2%), in late adolescence (81.5). Regarding the gestational stage, the moderate stress level predominated, in the first trimester (78.6%), II trimester (81.8%) and III trimester (73.3%). Concluding that there is a moderate level of stress in pregnant teenagers.

Keywords: Adolescence, teen pregnancy, Stress

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día y con mayor frecuencia la palabra estrés es utilizada para referirse a una enfermedad que se produce a consecuencia de la sociedad y el estilo de vida, en el que presiones de la vida cotidiana y diferentes condiciones repercuten de manera negativa sobre la salud. A nivel mundial el estrés es reconocido como la principal enfermedad mental, que va en progresión y ocasiona mucha preocupación porque cualquier persona puede padecer de esta sin importar la edad, el género, condición económica o raza. México ocupa el primer lugar a nivel mundial en estrés, el 75% de los mexicanos padecen de estrés, superando a países como China (73%) y Estados Unidos (59%). (OMS, 2017, P.01)

El estrés es un estado en el que la persona sufre distintos desordenes, muchas veces producidos por mala adaptación al entorno social, que pueden agravarse con los estados de tensión continuas en el que el organismo responde con una serie de trastornos fisiológicos y psicológicos. Muchos de estos trastornos se pueden controlar en función de la gravedad o del tipo de estrés que uno padece, pero esto implica una serie de cambios en el estilo de vida (Ávila, 2014, p.118).

En las adolescentes, el embarazo se presenta como una fuente importante de estrés, pues en esta etapa aún no está conformada su identidad, son inmaduras emocional y socialmente, y aún dependen económicamente de sus padres. Además, las transformaciones físicas y emocionales que ocurren durante la gestación, se incrementarán en esta etapa, porque las adolescentes todavía no concluyen cambios inherentes al desarrollo. Asimismo el estrés de una madre durante el embarazo puede programar genéticamente al bebé que se está desarrollando a ser más susceptible a la ansiedad y los problemas de conducta más tarde en su vida (Mich, 2011 p.01),

En Latinoamérica miles de personas se enfrentan a diversas situaciones diarias que tienen una característica común: producen un estrés constante que al acumularse puede convertirse en una bomba de tiempo. Si a esto se le suma un panorama constante de inequidad social, de inseguridad y de violencia tanto en las calles como en el hogar o en el trabajo y, además, el riesgo constante de enfrentarse a desastres

naturales, entonces el resultado es una población altamente estresada y proclive a enfermedades mentales más severas (castillo, 2015, p. 02).

El exceso de estrés puede ser perjudicial para cualquier persona. A corto plazo pueden producir cansancio, insomnio, ansiedad, falta o exceso de apetito y dolores de cabeza y de espalda. Cuando el exceso de estrés se prolonga demasiado tiempo, puede provocar problemas de salud potencialmente serios, como una menor resistencia a las enfermedades infecciosas, alta presión arterial y enfermedades cardíacas. Las mujeres embarazadas que padecen altos niveles de estrés también pueden tener un riesgo mayor de parto prematuro, es decir, cuando los bebés nacen antes de las 37 semanas de gestación. Los bebés demasiado pequeños y prematuros están expuestos a un riesgo mayor de tener problemas de salud inmediatamente después de nacer, incapacidades permanentes, como retraso mental y parálisis cerebral, e incluso la muerte (March of dimes, 2016, p. 02).

En el Perú, el 58% de los peruanos sufre de estrés; solo un 8% de los peruanos vive relajado y sin estrés; los principales factores que causan estrés son los problemas económicos y los de salud. Según la última encuesta del Instituto Integración, realizada a 2,200 personas en 19 departamentos del Perú, se puede concluir que: Seis de cada diez peruanos señalan que su vida ha sido estresante en el último año. El estudio señala también que las mujeres reportan mayores niveles de estrés (63%) que los hombres (52%). Llegando a tener un mayor impacto en su salud física y mental. El grave riesgo que el estrés representa para la salud hace necesario abordarlo desde un marco integral de promoción de la salud mental como política pública en el Perú (RPP, 2015).

La vida intrauterina puede ser considerada como el período más sensible de nuestra existencia, en el que incluso pequeños cambios podrían afectar el desarrollo de nuestros sistemas corporales. La acción materna y placentaria son las encargadas de protegernos de los posibles efectos perjudiciales, haciendo del ambiente uterino nuestro lugar seguro. Indispensable para esta protección es la intercomunicación madre-feto que crea un enlace indisoluble entre los dos individuos. Sin embargo, hoy sabemos que las vivencias negativas de la madre podrían transferirse al feto, que se vería en parte desprotegido y expuesto a situaciones adversas. La alteración de la fisiología normal del eje

Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal (HPA) sería la encargada principal de las modificaciones a nivel sistémico. El estrés desencadena una serie de cambios tanto en el organismo materno como en su descendencia, dando como resultado la predisposición a diferentes patologías. (Fontana, 2016, p.03)

El presente estudio servirá para brindar información de los distintos niveles de estrés que sufre una adolescente embarazada; lo cual repercutirá en la intervención de los profesionales de enfermería y personal de salud haciendo una advertencia a aquellas adolescentes embarazadas que pueden verse afectadas por niveles de estrés más altos y a aquellas personas cercanas a la adolescente, como su pareja y familia, aportará información que contribuya con el bienestar biopsicosocial, para contribuir al desarrollo de estrategias y planes de acción y prevención que permitan reducir las condiciones de riesgo para las adolescentes embarazadas y el futuro neonato. Asimismo la información resultante de este trabajo llegue al núcleo más esencial de la sociedad: la familia, y así orientarles para la correcta toma de decisiones que determine el futuro de las madres adolescentes y el futuro neonato.

II. OBJETIVOS

II.1. Objetivo general.

- Determinar el nivel de estrés en adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016-2017.

II.2. Objetivos específicos.

- Identificar el nivel de estrés según dimensiones fisiológicas y psicológicas en adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016-2017.
- Identificar el nivel de estrés según edades en adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016-2017.
- Identificar el nivel de estrés según etapa gestacional en adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016-2017.

III. MARCO TEÓRICO:

3.1 Antecedentes de la investigación

González, N., Fuenmayor, P., Espinoza, M., Villasana, K., & Ferreira, F. (2015). Venezuela en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue: investigar la percepción del estrés en mujeres embarazadas y su interrelación con los niveles de la enzima alfa salival (AAS) que es un marcador biológico del estrés. Los resultados fueron: El 23,7 % de la muestra tenía niveles bajos de estrés percibido, 50 % poseía un nivel intermedio y la cuarta parte (26,3 %) mostró un nivel alto. No se encontró relación significativa entre el nivel de estrés percibido y la etapa del embarazo ($P = 0,637$). La concentración de enzima alfa amilasa salival fue significativamente mayor en el grupo de embarazadas en el primer trimestre en comparación con el control ($P < 0,001$), sin embargo, no encuentro correlación entre la puntuación del EEP-13 ($R^2 = 0,014; P = 0,81$) y los niveles de enzima alfa amilasa salival. Las conclusiones fueron: El 76,3 % de este grupo de embarazadas mostró niveles significativos de estrés según el EEP-13 y solo el grupo de embarazadas en el primer trimestre mostró niveles de enzima alfa amilasa salival superiores al grupo control.

Castellón, A., Melgar, X., & Rivas, A., (2012)-San Miguel-El Salvador, en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue: Conocer las implicaciones psicológicas que presentan las adolescentes embarazadas de 12 a 17 años de edad cronológica, que asisten a control prenatal en la Unidad de Salud San Miguel, de la Ciudad de San Miguel, durante el periodo comprendido de febrero a agosto del año 2012. Los resultados fueron: que las implicaciones psicológicas como sentimiento de culpa, cambios de humor, ansiedad, baja autoestima, miedo, depresión, y estrés se hacen presente en el 79% de las adolescentes evaluadas con la escala psicológicas y con una baja expectativa hacia el futuro. Las conclusiones fueron: la mayoría de las adolescentes sí presentan implicaciones psicológicas, ya que el 79% de la muestra sí tiene alteración en los resultados obtenidos de las categorías evaluadas tales como: sentimiento de culpa, cambio de humor, ansiedad, autoestima, miedo, depresión y estrés, por tanto se puede decir que la hipótesis de trabajo planteada en esta investigación se acepta.

Quezada, L., (2011)- México; en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue: Identificar la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en adolescentes primigestas: solteras viviendo con la propia familia; casadas/unidas viviendo con la propia familia; casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja y de la pareja viviendo sola (casadas/unidas que viven independientemente de los senos familiares). Los resultados indicaron que las adolescentes bajo las condiciones de estado civil: solteras y casadas/cohabitando que viven con la propia familia, son quienes poseen las medias más altas de estrés, depresión y estresores en relación a los otros grupos. Por otro lado, se encontró que la condición del estado civil, el tipo de embarazo, y los estresores relacionados a finanzas, hijos y situaciones sociales, son factores que explican el 64% de la varianza de estrés, así como el 71% de la depresión en las adolescentes primigestas. Las conclusiones fueron que las adolescentes primigestas solteras que viven con la propia familia son quienes poseen los niveles más altos de depresión, estrés y son quienes a su vez presentan mayores complicaciones en su embarazo, más problemas en la relación con su pareja y reportan más estresores relacionados a situaciones sociales y al embarazo (hijos), además de ser las más jóvenes.

Vásquez, C., (2016) -Perú en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue: Determinar la asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en enero del 2016. Los resultados fueron: Las adolescentes presentaron como principales complicaciones obstétricas a la anemia materna (17.2%), la infección del tracto urinario (17.2%), la ruptura prematura de membranas (10.3%), la amenaza de parto pre término (6.9%) y la hipertensión inducida por el embarazo (3.4%). Se encontró que no existe relación entre el estrés interno y las complicaciones obstétricas ($p=0.30$) ($OR=3.12$). Por otro lado hubo relación significativa entre la presencia de estrés externo y las complicaciones obstétricas ($p=0.000$) ($OR=144.46$). A nivel general, se evidenció que existe relación significativa entre la presencia de estrés global y las complicaciones obstétricas ($p=0.000$) ($OR=31.52$). La conclusión fue: Existe asociación significativa entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal ($p=0.000$) ($OR=31.52$)

3.2 Base teórica

A. Adolescencia

Según MINSA la adolescencia es el periodo de vida comprendido entre los 12 y 17 años 11 meses 29 días de vida (MINSA, 2012, p. 01).

La adolescencia es un periodo en el que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que comienza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento. Los cambios físicos se deben principalmente a la actividad hormonal, bajo la influencia del sistema nervioso central, aunque todos los aspectos del funcionamiento fisiológico interactúan mutuamente. Los cambios físicos más evidentes son el incremento del crecimiento y la aparición y desarrollo de las características sexuales secundarias como resultado del cambio hormonal. Menos obvias resultan las alteraciones fisiológicas y la maduración neurogonadal, unidas a la capacidad de procreación (Wong, 1995, p. 416).

Adolescencia temprana (12-14 años)

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”. También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares. La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento (y con un sentido del ridículo

exquisito). Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas. (Casas, R. & Ceñal, G., 2005, p. 22).

En cuanto al paquete de atención de salud integral son incluidas las actividades de: (MINSA, 2012, p. 29).

1. Evaluación integral:

Evaluación nutricional con índice de masa corporal, evaluación de riesgo cardiovascular con perímetro abdominal, evaluación del desarrollo psicosocial, evaluación de la agudeza visual, evaluación del desarrollo según tanner, entre otros.

2. Inmunizaciones: Aplicación del esquema de vacunación vigente.

3. Temas educativos para padres y adolescentes como:

Estilos de vida saludable, proyectos de vida, sexualidad humana y afectiva, salud sexual y reproductiva, entre otros.

4. Visita domiciliaria, si no acude a:

Tratamiento, seguimiento o control de algún daño prioritario y prevalente; seguimiento del adolescente en riesgo psicosocial; Vacunación.

5. Otras intervenciones preventivas para adolescentes con riesgo de :
Detección del estado de malnutrición, detección de problemas sicosociales, control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados como TBC, malaria, bartonellosis, ITS, salud mental, atención de caries dental y enfermedades periodontales, detección y atención de enfermedades no transmisibles.

6. Consejería integral en:

Salud sexual y reproductiva, salud psicosocial, salud física y autocuidado.

7. Exámenes de apoyo al diagnóstico, como:

Hemoglobina, glucosa, triglicéridos, examen completo de orina, frotis de Papanicolaou en adolescentes que han iniciado actividad sexual.

8. Suplementación de micronutrientes:

Hierro y ácido fólico, de acuerdo a los criterios de programación establecidas por las regiones.

9. Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente.

Adolescencia tardía (15-17 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable. Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece. La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer

"solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona. Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge (Casas R. & Ceñal G., 2005, p.23).

En cuanto al paquete de atención de salud integral son incluidas las actividades de: (MINSa, 2012, p.31).

- Evaluación integral:
Evaluación nutricional con índice de masa corporal, evaluación de riesgo cardiovascular con perímetro abdominal, evaluación del desarrollo psicosocial, evaluación de la agudeza visual, evaluación del desarrollo según tanner, evaluación odontológica, entre otros.
- Inmunizaciones: Aplicación del esquema de vacunación vigente.
- Temas educativos para adolescentes:
Desarrollo integral, estilos de vida saludable, primeros auxilios, enfoque ecológico, salud sexual y reproductiva, salud física, complicaciones del embarazo, entre otros.
- Visita domiciliaria.
Tratamiento, seguimiento o control de algún daño prioritario.
Tratamiento, seguimiento o control de algún problema o daño relevante.
Seguimiento del adolescente en riesgo psicosocial.
Vacunas.
- Intervenciones preventivas para adolescentes con riesgo a:
Malnutrición, detección de problemas psicosociales, control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados como TBC, malaria, bartonellosis, ITS, salud mental, caries dental y enfermedades periodontales, enfermedades no transmisibles, trastornos mentales.
- Consejería integral en:
Salud sexual y reproductiva, salud psicosocial, salud física y salud bucal, alimentación saludable y nutrición saludable.
- Exámenes de apoyo al diagnóstico, como:

Hemoglobina, glucosa, triglicéridos, examen completo de orina, frotis de Papanicolaou en adolescentes que han iniciado actividad sexual.

- Suplementación de micronutrientes- Hierro y Ácido Fólico de acuerdo a los criterios de programación establecidos por las regiones.
- Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente.

B. Embarazo adolescente

Es aquel que se produce en mujeres adolescentes, se clasifica en:

- Embarazo en la adolescencia temprana, es aquel que ocurre en menores de 15 años.
- Embarazo en la adolescencia tardía, es aquel que ocurre en las adolescentes de 15 años a más. (MINSA, 2017, p. 11).

Las adolescentes que se embarazan, más que cualquier otra adolescente, necesitan apoyo, comprensión y ayuda, ya que está más sensible, insegura y desvalorizada que cualquier otra mujer y con mayor razón para una adolescente, que no se convierte en adulto por el hecho de ser madre.

Para comprender como vive el embarazo una adolescente, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos, estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal.

El embarazo cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aún si este no ha sido planeado. Surgen emociones fuertes y variadas (tensión, angustia, impacto económico y social), que afectan la adaptación social y la salud mental de los adolescentes.

Las adolescentes en embarazo son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación. (Barrozo, & Pressiani, 2014, p. 06).

B.1 Etapas del embarazo (departamento de salud y servicios humanos de EE.UU, 2018, p. 04).

El embarazo consiste en aproximadamente 40 semanas contando desde el primer día del último período menstrual. Se agrupan las semanas en tres trimestres.

Primer trimestre (de la semana 1 a la 12). (Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU, 2018, p. 04).

Durante el primer trimestre, el cuerpo pasa por muchos cambios. Los cambios hormonales afectan prácticamente a todos los sistemas de órganos. Estos cambios pueden manifestar síntomas incluso en las primeras semanas de embarazo. El retraso menstrual es un signo evidente de embarazo. Otros cambios pueden incluir:

- Agotamiento
- Senos sensibles e inflamados.
- Malestar estomacal; pueden presentarse vómitos (malestar matutino)
- Deseo hacia o desagrado ante ciertos alimentos
- Cambios de humor
- Estreñimiento (dificultad para eliminar las heces)
- Necesidad de orinar con mayor frecuencia
- Dolor de cabeza
- Acidez
- Aumento o pérdida de peso

Segundo trimestre (de la semana 13 a la 28). (Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU, 2018, p. 06).

La gran parte de las mujeres siente que el segundo trimestre de gestación es más fácil de llevar que el primero.

Algunos síntomas, como las náuseas y la fatiga, desaparecerán. Pero ahora se presentarán nuevos cambios en el cuerpo que serán más evidentes. El

abdomen se expandirá de acuerdo con el crecimiento del bebé. Y antes de que termine este trimestre, el bebé comenzara a moverse.

A medida que el cuerpo cambia para hacer espacio para el bebé, es probable que se presente:

- Estrías en el abdomen, senos, muslos o nalgas
- Oscurecimiento de las areolas
- Una línea en la piel que se extiende desde el ombligo hasta el vello púbico
- Manchas oscuras en la piel, particularmente en las mejillas, la frente, la nariz o el labio superior. Generalmente se presentan en ambos lados de la cara. Se lo conoce como la máscara del embarazo.
- Entumecimiento u hormigueo en las manos, llamado síndrome del túnel carpiano
- Comezón en el abdomen, las palmas de las manos y las plantas de los pies.
- Inflamación en los tobillos, dedos y rostro.

Tercer trimestre (de la semana 29 a la 40). (Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU, 2018, p. 08).

Algunas de las molestias propias del segundo trimestre continuarán. Además, muchas mujeres sienten dificultad para respirar y necesitan ir al baño con mayor frecuencia. Esto se debe a que el bebé está creciendo y ejerce más presión sobre los órganos.

Entre los cambios corporales en el tercer trimestre se incluyen:

- Falta de aire
- Acidez
- Inflamación en los tobillos, dedos y rostro.
- Hemorroides
- Sensibilidad en los senos; pueden secretar una sustancia acuosa que es el líquido precursor de la leche llamado calostro

- Ombligo abultado
- Dificultades para conciliar el sueño
- El desplazamiento del bebé hacia la parte inferior del abdomen
- Contracciones, que puede indicar un trabajo de parto real o una falsa alarma

Cuanto más te aproximas a la fecha de parto, el cuello uterino se vuelve más delgado y suave (a este proceso se lo conoce como borramiento). Este es un proceso normal y natural que ayuda a que el canal de parto se abra durante el trabajo de parto

B.2 Actitudes hacia la maternidad (Alcoser, 2012, p. 32).

El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia y que presenta características diferentes según la etapa de desarrollo de la adolescente en que se presente. El embarazo en la etapa de la adolescencia temprana, donde existe la incertidumbre por su apariencia física y los cambios que están aconteciendo; enfrentar la maternidad provoca depresión y aislamiento y en algunos casos puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica. El embarazo puede ser visto como una amenaza de peligro o como una oportunidad que brindará madurez. Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa con gran preocupación por las responsabilidades que se le vienen encima.

En la etapa tardía, ya se debe haber establecido sin mayores problemas la identificación y el ejercicio del rol sexual, es por esto que las adolescentes viven el impacto de la realidad y despliegan gran preocupación por ajustarse a su rol de madre: sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación del bebe. Además el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero.

B.3 Consecuencias del embarazo adolescente (Alcoser, 2012, p. 32).

El embarazo en la adolescencia obliga a las adolescentes a asumir roles de adultos antes de que se encuentren preparadas, lo cual no es conveniente para ellas ni tampoco para el bebé engendrado por ellas.

1) Consecuencias psicológicas en la adolescente: (Alcoser, 2012, p. 33).

La madre adolescente está expuesta a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada.

Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una profesión y conseguir ser independiente. Asumir la responsabilidad de la crianza de un infante durante la adolescencia afecta el desarrollo personal de las adolescentes.

Las expectativas y la vida de las adolescentes, cambian totalmente; es muy posible que ya no podrán seguir participando con su grupo de pares, dejarán de crecer con su grupo, con lo cual pierden una importante fuente de satisfacción social y psicológica y un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí misma, de autoestima y de identidad personal.

En la mayoría de los casos las adolescentes tienen que interrumpir sus estudios, lo cual limita sus posibilidades de alcanzar buenos niveles profesionales y laborales. Las madres adolescentes tienen alto riesgo de sufrir desventajas económicas y sociales, de permanecer en la pobreza, sin completar su escolaridad, de tener matrimonios inestables y problemas en la crianza de los hijos. Es muy probable que algunas adolescentes estén sufriendo el rechazo a causa del embarazo, la joven

madre recibe desprecio, violencia y discriminación de parte de su grupo familiar, de sus pares y aún de la comunidad donde vive.

Es habitual, aunque cada vez menos, que el embarazo no deseado conlleve a un matrimonio posterior más o menos "obligado".

Pero al igual que el embarazo, estos matrimonios tampoco suelen ser deseados, ya que muchas veces obedecen a presiones sociales o familiares. Dado el estado de frustración y malestar psicológico que suelen tener la pareja, además se considera que no cuentan con las habilidades, destrezas y competencias que como pareja puedan exhibir en la complicada tarea de ser padres.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

Todos esos conflictos y sentimientos de insatisfacción generan gran dificultad en la adolescente para asumir su rol de madre. Son emocionalmente inmaduras y no tienen la paciencia necesaria ni la tolerancia para proveer de todo lo que necesita un niño pequeño.

Puede haber rechazo hacia el bebé o aceptación aparente sin asumir la responsabilidad completa.

2) Consecuencias familiares. (Alcoser, 2012, p. 35).

El rol de la familia y de la pareja en la maternidad adolescente, así como el apoyo del entorno social, desempeñan un papel muy importante en el transcurso del embarazo de la adolescente. La pareja de adolescentes que reciben el apoyo de sus padres y continúan viviendo con ellos, pueden hacerse cargo de su hijo con la ayuda de sus familiares, pero se observa un desequilibrio psicológico y económico para ésta familia.

Además la adolescente experimenta una pérdida de autonomía que las obliga a aceptar la ayuda de los padres cuando ya creían que empezaban su camino a la independencia. Esa situación puede prolongarse por muchos años y en algunos casos indefinidamente.

3) Consecuencias para la comunidad. (Alcoser, 2012, p. 36).

Las madres adolescentes y sus hijos constituyen una población demandante de servicios de salud y de ayuda, poco o nada productiva, que representa una carga para la sociedad desde el punto de vista económico y social. Estas familias pueden necesitar asistencia pública por largo tiempo.

Además constituyen una creciente población de alto riesgo proclive a presentar desajustes emocionales y psicosociales.

C. Estrés.

C.1. Definición

El estrés es un patrón de respuestas del organismo ante eventos estímulo que alteran el equilibrio y exceden su capacidad de manejo. Los eventos estímulo comprenden una gran variedad de condiciones externas e internas que, en conjunto se denominan estresantes (Gerrig & Zimbardo, 2005, p. 406).

Es un proceso mediador psicobiológico, cuya expresión fisiológica, bioquímica y molecular es la traducción a nivel orgánico de la respuesta del individuo a diversos estímulos del entorno sociocultural que percibe como amenazantes (Salvador, 2009, p. 233).

C.2. Tipos de estrés (Naranjo, 2009, p. 173).

La respuesta del organismo frente a un evento externo puede manifestarse de dos maneras diferentes, en forma negativa o llamada distrés, lo que provocará consecuencias nocivas para la salud física y

mental, y en forma positiva llamado también eustrés, causando reacciones inversas.

Cuando esta respuesta se realiza en armonía, respetando los parámetros fisiológicos y psicológicos del individuo, es adecuado en relación con la demanda y se consume biológica y físicamente la energía dispuesta por el Sistema General de Adaptación adoptamos el concepto de estrés positivo como eutrés.

El estrés aquí da lugar a una sensación de confianza, de control, y de ser capaz de abordar y llevar a un buen término tareas, retos y demandas concretas. Es la cantidad de estrés necesario para obtener un rendimiento físico y mental que nos permite ser productivos y creativos.

C.3. Estresores (Comín, A., Fuente, A. & García, G., 2006, p. 10).

Los estresores a los estímulos que provocan el desencadenamiento del estrés en un momento determinado.

Estresores sociales. (Comín, A., Fuente, A. & García, G., 2006, p. 11).

Los principales estresores sociales que afectan al individuo son:

- **Factores laborales:**

- Factores físicos**

- ✓ **iluminación:** Tanto el exceso como el defecto dificulta la percepción correcta de los estímulos visuales, creando mayor estado de tensión.

- ✓ **ruido:** Cuando los niveles son muy graves y continuos producen irritabilidad, fatiga y dificultad para la concentración. Cuando los niveles son altos el ruido aísla a las personas ya que no permite una buena comunicación entre ellos. El ruido intermitente y sobre todo el no esperado, altera mucho la concentración.

- ✓ **temperatura:** Es un factor muy importante ya que de él depende el confort de la persona. La temperatura muy alta puede producir

somnolencia, lo que requerirá aumentar nuestro estado de alerta. La baja temperatura produce una limitación importante en actividades manuales.

- **Factores familiares:** Existe siempre un empobrecimiento de las relaciones apareciendo serios problemas de convivencia y de agresividad, sobre todo en las relaciones conyugales donde los problemas son principalmente por las tareas domésticas, cuidado de los hijos, administración de la economía doméstica, etc.
- **Factores personales:** (Comín, A., Fuente, A. & García, G., 2006, p. 13).

Podemos así mismo encontrar individuos que sabremos positivamente que van a padecer estrés:

- ✓ Personas conflictivas: reaccionan con gran desadaptación ante cambios en funciones y herramientas.
- ✓ Personas introvertidas: reaccionan intensamente ante cualquier problema.
- ✓ Personas con ansiedad: estos individuos reaccionan internamente, no exteriorizando el problema.
- ✓ Personas dependientes: ante la aparición de problemas para los que no están capacitados para resolver por sí mismos éstos les causan gran estrés.

C.4. Hormonas en la respuesta al estrés

La respuesta al estrés tiene como componente principal el sistema neuroendocrino y más específicamente en el eje H-P-A (hipotálamo - hipófisis o pituitaria - adrenal). A este eje también se lo puede llamar LHPA (L por sistema Límbico) con el fin de señalar que la activación de esta cascada hormonal causada por la exposición al estrés involucra esas estructuras extra hipotalámicas. (Florencia, D., 2012, p. 07).

¿Cómo funciona este mecanismo? Algún evento estresor, ya sea que implique un esfuerzo físico, un desafío psicológico o una combinación de ambos genera un aumento en la liberación por parte del hipotálamo de factor liberación de corticotrofina (corticotrophin-releasing factor: CRF) y arginina vasopresina (AVP) en el sistema portal hipotálamo-hipofisario de circulación (sistema de capilares que comunica las células neurosecretoras hipotalámicas con la hipófisis o pituitaria). La presencia de CRF y AVP estimula a la hipófisis a que libere ACTH (corticotrofina) a la circulación general del cuerpo. La ACTH actúa sobre la corteza de las glándulas adrenales o suprarrenales induciendo la síntesis y la liberación de glucocorticoides (en particular, cortisol). Este sistema se regula por retroalimentación negativa, lo que significa que el cortisol circulante se une a receptores en hipotálamo e hipófisis frenando la liberación de CRF, AVP y ACTH, volviendo al organismo al estado basal. (Florencia, D., 2012, p. 09).

Además, durante la respuesta al estrés el páncreas es estimulado para que libere una hormona llamada glucagón. Los glucocorticoides, el glucagón y el sistema nervioso simpático elevan los niveles circulantes de glucosa (azúcar), aumentando la energía disponible. También se activan otras hormonas: la hipófisis libera prolactina (que, entre otros efectos, cumple la función de inhibir la reproducción) y vasopresina (hormona antidiurética implicada en la respuesta cardiovascular). Así como algunos sistemas se activan otros se inhiben durante la respuesta al estrés. Un ejemplo es la secreción de varias hormonas reproductivas como el estrógeno, la progesterona y la testosterona. Las hormonas relacionadas con el crecimiento (como la hormona de crecimiento) también se encuentran inhibidas, lo mismo que la hormona pancreática de almacenamiento de energía: la insulina. (Florencia D., 2012, p. 10).

C.5. Dimensiones

1.-Fisiológicas: El estrés podría provocar cambios en el metabolismo produciendo: (Fonseca, 2008, p. 29).

- Desórdenes gastrointestinales: Trastornos en las vías digestivas producto a un estado de activación del sistema nervioso.

Como parte de nuestra digestión el alimento es descompuesto en moléculas simples: aminoácidos (la materia prima para construir proteínas), azúcares simples como la glucosa (la materia prima de los carbohidratos) y ácidos grasos y glicerol (los componentes de las grasas). Esto ocurre en nuestro sistema digestivo gracias al accionar de las enzimas y otras sustancias químicas. Estos componentes se absorben pasando al torrente sanguíneo y son utilizados por las células. Lo que no se utiliza se almacena en formas más complejas: las células grasas (adipocitos) combinan ácidos grasos y glicerol para formar triglicéridos (llamados también lípidos o grasas), en el hígado y los músculos las moléculas de glucosa se pueden combinar formando cadenas llamadas glucógeno y los aminoácidos combinarse para construir proteínas. La hormona que estimula estos procesos es la insulina. Luego de una suculenta comida, la insulina es liberada por el páncreas hacia el torrente sanguíneo, estimulando la entrada de ácidos grasos en los adipocitos y la síntesis de glucógeno y proteínas (Fonseca, 2008, p. 30).

Nuestro cuerpo revierte todos estos procesos de almacenamiento mediante la liberación de hormonas durante una respuesta al estrés: glucocorticoides, glucagón (genera la degradación del glucógeno en sus unidades o monómeros: glucosa), adrenalina y noradrenalina (Fonseca, 2008, p. 31).

Como consecuencia, los triglicéridos en los adipocitos se degradan y los ácidos grasos y el glicerol se liberan al torrente sanguíneo. También se dispara la degradación de glucógeno liberando glucosa a la sangre. Estas hormonas también generan que las proteínas de los músculos que no están en acción se degraden en aminoácidos, que en el hígado son transformados en glucosa, una mejor fuente de energía (Fonseca, 2008, p. 31).

Pero el hecho de tener altos niveles de glucosa en circulación es riesgoso, aumenta nuestras posibilidades de que se pegotee en algún vaso sanguíneo dañado generando arterioesclerosis. También los altos niveles de colesterol son peligrosos, en particular del colesterol LDL (o colesterol “malo”) que se asocia a las placas arterioescleróticas. Así, una respuesta al estrés demasiado frecuente, que también genera aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial por la activación del eje SAM, aumenta nuestro riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Fonseca, 2008, p. 32).

El apetito disminuye cuando estamos expuestos a un estresor, ya que todas las funciones digestivas están disminuidas. Esa es la razón por la cual no tenemos apetito cuando estamos estresados. Excepto por aquellos que, bajo condiciones de estrés, comen todo lo que tienen a la vista, y si es hipercalórico (chocolate, dulces, frituras) mucho mejor (Florencia D., 2012, p. 09).

- Dolores abdominales: Molestias causadas por dolores en cuerpo provocadas por permanecer sentados mucho tiempo (Fonseca, 2008, p. 29).
- Tensión muscular: Contracciones musculares presentes en el cuerpo acompañada de dolor que impiden el desempeño de la actividad (Fonseca, 2008, p. 29).
- Trastornos cardiovasculares: Estado de sobreexcitación nerviosa en el organismo que se manifiesta con un aceleramiento del ritmo cardíaco (Fonseca, 2008, p. 29).
- Cefalalgia: Dolores de cabeza producidos por una tensión ante alguna situación indeseada (Fonseca, 2008, p. 29).
- Dolor: La sensación de dolor se origina en receptores localizados en todo nuestro cuerpo. Algunos se hallan en la profundidad registrando dolor muscular, daño a algún órgano, o incluso cuando nuestra

vejiga está llena. Otros receptores en nuestra piel responden al daño local de tejidos. El daño del tejido también genera la concentración de células del sistema inmune y de inflamación en el área. Las células responsables de la respuesta inflamatoria son capaces de liberar sustancias que aumentan la sensibilidad de los receptores de dolor (sustancias algógenas), haciendo que el área duela mucho (Flores, D., 2012, p. 15).

Existe el fenómeno de analgesia (falta de dolor) inducida por el estrés. Esta inhibición del dolor se debe a la presencia de sustancias químicas de estructura similar a las drogas opiáceas, llamadas “la morfina endógena”: las endorfinas. Sintetizadas y liberadas en zonas del cerebro relacionadas con la percepción del dolor, estas sustancias hacen que las neuronas que disparan las señales de dolor se exciten con menos facilidad. En particular, la liberación de betaendorfinas por la hipófisis sería la responsable de este fenómeno. Es llamativo el valor adaptativo de este efecto analgésico, ya que en una situación de un pico de estrés (estrés agudo) permite afrontar la amenaza y salvar la vida pasando por alto pequeñas lesiones ocasionadas en el momento (poder luchar o huir sin sentir dolor). Así, una lastimadura durante una pelea comenzará a doler cuando la pelea ya haya pasado sin interferir en el desempeño y cuando la vida ya no esté en juego (Flores, D., 2012, p. 16).

2.-Psicológicas: se refieren a cambios en las actitudes y disposición de los individuos, produciendo:

- Irritabilidad: Estado de excitación que no permite al individuo concentrarse en la tarea (Fonseca, 2008, p. 29).
- Fatiga: Marcado cansancio provocado por la actividad laboral (Fonseca, 2008, p. 29).

- Ansiedad: Estado de incertidumbre que se genera en el organismo cuando cree que no puede cumplir con la asignada (Fonseca, 2008, p. 29).
- Depresión: Estado de tristeza provocado por el desinterés en la actividad laboral que le provoca bajo rendimiento (Fonseca, 2008, p. 29).

Existe una relación cercana entre el estrés y la depresión: las personas que sufren una vida con alto nivel de estrés tienen una mayor probabilidad de sucumbir a una depresión, y las personas que caen en su primer episodio de depresión probablemente hayan sufrido un evento estresante significativo recientemente (Fonseca, 2008, p. 29).

En una situación normal el cerebro censa la cantidad de glucocorticoides circulantes, si el nivel es mayor al “deseado” (esto depende si estamos calmados o estresados) se corta la liberación de CRH. En los pacientes con depresión este mecanismo falla y la concentración de glucocorticoides que debería apagar el sistema no lo hace. El estrés crónico (constante en el tiempo) agota los niveles de dopamina de las “vías del placer” y de noradrenalina de nuestra zona de “alerta” del cerebro. También interfiere con la síntesis, liberación y degradación de la serotonina (Fonseca, 2008, p. 29).

Los niveles elevados de glucocorticoides también están involucrados en el hecho que los pacientes con depresión tienen, generalmente, algún grado de inmunosupresión y pérdida de memoria. El tipo de memoria afectada, la memoria declarativa, es la mediada por el hipocampo (el hipocampo posee un gran número de receptores para glucocorticoides). Por otro lado, en depresiones prolongadas se ha observado atrofia hipocampal (Florencia, D., 2012, p. 21).

- Memoria: el estrés en la memoria puede mejorar los recuerdos así como también puede interferir en ellos esto va a depender de la

duración del estresor, los de corto término o de intensidad moderada aumentan nuestra cognición, mientras que los estresores demasiado intensos o muy prolongados en el tiempo son disruptivos. Durante un pico de estrés el sistema nervioso simpático activa el hipotálamo, facilitando la consolidación de la memoria (Florencia, D., 2012, p. 15).

El proceso también involucra a la amígdala, un componente del sistema límbico muy relacionado con nuestra percepción de las emociones. Otra manera de favorecer la consolidación de las memorias es aumentar los niveles de glucosa en el cerebro mediante cambios en el sistema circulatorio. Por otra parte, un leve aumento en los glucocorticoides circulantes también favorece a la memoria, ya que actúan en el hipocampo (otra área del sistema límbico) facilitando la potenciación a largo plazo (Florencia, D., 2012, p. 15).

En el caso de un estresor prolongado en el tiempo se produce el efecto contrario, una interrupción en la consolidación de la memoria. Esto se debe, fundamentalmente, a 4 factores: Se ven interrumpidos los mecanismos que facilitan el fortalecimiento de las sinapsis (potenciación a largo plazo) en células del hipocampo. La exposición prolongada a un nivel excesivo de glucocorticoides genera la retracción de las prolongaciones neuronales con la consecuente pérdida de sinapsis. Esta atrofia es transitoria y luego que el período de estrés finaliza esas conexiones se reestablecen. Este hecho explica los problemas de memoria durante los períodos de estrés crónico. Esto se debe en parte a la inhibición de la síntesis de proteínas que conforman el esqueleto de las neuronas y sus prolongaciones, las dendritas y sus espinas dendríticas. . Los niveles de glucosa circulante descienden durante los períodos prolongados de estrés, especialmente en el hipocampo. Se ha registrado hasta un 25% menos de glucosa disponible en neuronas hipocampales durante períodos de estrés prolongados, generando muerte neuronal en los casos más extremos (Florencia D., 2012, p. 16)

- Sueño: Durante la exposición a un estresor la activación del sistema simpático hace que sea difícil de conciliar el sueño, generando patrones de sueño fragmentado. No sólo se afecta la cantidad de sueño sino también la calidad, predominando el sueño ligero. Cuando estamos privados de sueño los niveles de estas hormonas del estrés (eje HPA) se mantienen elevados, aumentando mucho los niveles de glucocorticoides en circulación, con las consecuencias que ya conocemos (Florencia D., 2012, p. 18).

C.6. Categorías (Fonseca, 2008, p. 32).

En dependencia del incremento de factores que estén provocando la aparición de estrés y el nivel de incidencia que tengan sobre la mujer embarazada así será el grado de estrés que pueda tener la persona.

- a) Nivel bajo:** En este nivel no se advierten signos de estrés, el individuo no presenta síntomas y en caso de presentar alguno no lo relaciona con la supuesta aparición de estrés. Aquí la persona goza de una situación relajada, ajena de cualquier preocupación que perturbe su tranquilidad.
- b) Nivel moderado:** Comienzan a aparecer algunos síntomas provocándole algo de malestar que le avisan que hay que estar alerta en caso de que ocurra un desequilibrio. Pero la situación oscila generalmente entre estados de tensión y momentos de relajación, a veces es necesaria cierta tensión que se convierta en empuje para el logro de algunas metas. La mayoría de las personas en las instituciones se encuentran en este nivel. Cuidar de no sobrepasar estos límites.
- c) Nivel alto:** Aquí la situación se torna más violenta. En el individuo comienzan a manifestarse una serie de síntomas de estrés negativo que pueden ser tan simples como cefaleas, palpitaciones, dolores abdominales para llegar hasta la fatiga, ansiedad, depresión entre otros que afectan su salud y por ende baja su rendimiento y

productividad en la organización. Resulta clave conocer que es lo que realmente le está afectando para erradicar a tiempo esa situación y que alcance otras dimensiones que puedan afectar seriamente la salud del trabajador sin tener vuelta de retroceso.

Con esta clasificación de los niveles de estrés los sujetos podrán conocer en qué grado están, lo que le favorecerá a la hora de hacer un análisis sobre la situación en la que se encuentra, lo que le permitirá desarrollar alternativas de ajuste para la resolución de los eventos estresantes.

C.7. Estrés en la adolescencia

Siempre se piensa que el estrés es algo que afecta a la gente mayor que trabaja y llega a casa cansada, como los padres. Sin embargo los niños y adolescentes también sufren de estrés. Esta palabra significa la reacción del sistema nervioso y de todos los sistemas del cuerpo ante situaciones difíciles o dolorosas que uno se siente incapaz de afrontar. Cuando uno percibe una situación como dolorosa o difícil, la mente y el cuerpo se preparan como si fueran a afrontar un peligro. Uno está dispuesto para la lucha o la huida. El corazón late deprisa, la respiración se acelera, la sangre se dirige a los músculos de piernas y brazos, las manos se ponen frías y húmedas y uno está como asustado. Cuando se tienen que encarar varios cambios en un período corto de tiempo, el cuerpo se cansa de adaptarse y plantar cara, y, poco a poco uno pierde resistencia y empieza a sentirse mal (Larraburu, 2010, p. 01).

C.8. Estrés en el embarazo (Díaz, 1999, p. 24).

Durante el embarazo se generan estados de tensión y ansiedad, en vista de que la gestación es un factor que demanda una serie de adaptaciones que pueden ser desequilibrantes, en esta etapa se presenta angustia al cambio de vida, ésta es definida por Laplanche como la reacción de un individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir

sometido a una afluencia de evitaciones de origen externo o interno que es incapaz de controlar.

Un dato importante es el señalar que la primera gestación, tiene el carácter de un evento único al que se enfrenta la mujer sin experiencia personal alguna; en el segundo y tercer embarazo, representan habitualmente una sobrecarga biológica y social moderada; desde el cuarto embarazo en adelante, la multiparidad elevada conlleva una sobrecarga severa.

Un embarazo aparece de forma incidente, con señales dudosas, la actitud de la mujer es ambivalente, por un lado desea la gestación y a la vez la rechaza, Salvatierra dice textualmente «cuando entrevisto a jóvenes embarazadas algunas veces muestran pánico hacia los cambios corporales y describen el embarazo como un periodo que debe ser tolerado». De acuerdo a Wolman, en esta etapa la mujer puede sentirse trastornada o amenazada en su autoimagen y en su propia estimación.

El estrés en el embarazo es en gran parte debido al presagio del parto inminente y de la incertidumbre del resultado final; es natural que existan preocupaciones y temores, que incluyen temor por ella misma, por su salud y durante este periodo y el parto, así como miedo al dolor y muerte. El temor por el hijo, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la muerte intrauterina, de ahí que sea la primera gestación o no, tiene con la ambigüedad y la inminente incertidumbre del resultado final, las dos características para que sea un acontecimiento estresante.

Además, una gestación suele conllevar pequeñas exigencias y molestias que originan tensión como los trastornos físicos (náuseas, vértigo, cambio de apetito, disuria), que pueden causar inquietud, así como el aumento de peso y el cambio de imagen corporal.

Por todas estas razones la gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial o una sucesión de tareas u objetivos difíciles y comprometidos, cada vez más exigentes.

La mujer consciente de ello, experimenta preocupación y miedo. El evento reproductivo la pone a cara con la realidad, intensificando su percepción de la misma, constituye de hecho una crisis de maduración, considerada por Morales como una crisis psicológica, un periodo de desequilibrio agudo, que tiene importantes repercusiones en la esfera emocional; Nulfield y cols. Refieren que constituye una experiencia que afecta el área tanto física como mental, es decir una prueba generadora de esfuerzo metabólico.

El órgano central sobre el cual actúa el embarazo es el útero; está demostrado que la contractilidad uterina y el flujo sanguíneo está bajo control neuro-hormonal; los estrógenos gobiernan la actividad parasimpática mientras que la progesterona influye indirectamente en la actividad simpática.

El mecanismo contráctil básico depende de acetilcolina, prostaglandinas y ocitocina, mientras que la actividad simpática refuerza mecanismos de expulsión para liberar al útero de su contenido. El flujo adecuado de sangre se mantiene mientras hay un equilibrio entre el simpático y el parasimpático. La ansiedad aumenta la adrenalina, mientras que la tensión se asocia con la descarga de noradrenalina.

La hiperactividad simpática con descarga de catecolaminas, característica de la primera fase del estrés, puede explicar bien una serie de perturbaciones del embarazo como:

1. Aborto espontáneo, malnutrición fetal y retardo en el crecimiento intrauterino.
2. Parto prematuro, ruptura prematura de membranas y distocia hipertónica.
3. Hipertensión.

Otras alteraciones que pueden ser generadas por el agotamiento del simpático por estrés crónico como fenómenos de inhibición inmunitaria y

conducta anormal que repercute sobre el resultado perinatal algunos ejemplos son las infecciones, prolongación del embarazo y distocia hipotónica (inercia uterina), problemas de alimentación, adicción, rechazo de ayuda médica y social.

Estudios sobre estrés y embarazo (Olza, I., 2016, p. 38).

Los primeros estudios sobre el efecto del estrés y la ansiedad en el embarazo se centraron en observar las consecuencias del estrés en los resultados obstétricos. Así por ejemplo se sabe que las mujeres con acontecimientos vitales estresantes durante el primer trimestre del embarazo tienen un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo o de que su hijo tenga alteraciones congénitas por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino (Hansen, 2000). Los efectos más conocidos del estrés materno son el parto prematuro y bajo peso. En general, el hallazgo más repetido es que la ansiedad materna prenatal favorece el parto prematuro, efecto al parecer dosis dependiente (Hedegaard, M., Henriksen, T., Sabroe, S.,1993).

También se ha estudiado ha observado la relación entre el estado emocional materno, el comportamiento fetal y la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal. A mayor estrés materno parece haber menor reactividad de la frecuencia fetal, lo que puede favorecer la conducta inhibida en la infancia (Di Pietro, J., Hodgson D, Costigan, K, Johnson T. 1996.).

Los principales estudios prospectivos sobre el efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil han observado una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia. Hay una relación directa entre el estado de ánimo materno y la conducta fetal observada en ecografías a partir de la semana 27 o 28 de la gestación. Más de catorce estudios prospectivos independientes han hallado una relación entre la ansiedad materna prenatal y alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos (Van den Bergh B.,

Mulder E., Mennes M., Glover V, 2005). Esta relación persiste tras controlar el efecto de la depresión posparto y de otras variables del embarazo y puerperio En general estos resultados apoyan la hipótesis de la programación fetal.

En un estudio de 1992 la ansiedad general en el tercer trimestre se correlacionaba con tener un temperamento difícil a las 10 semanas y los 7 meses del parto, pero no con el desarrollo cognitivo o motor (Van den Bergh 1992).

El estudio de la Universidad de Utrecht incluyó a un total de 230 mujeres embarazadas nulíparas que fueron evaluadas desde las semana 15 del embarazo en sucesivas ocasiones y a lo largo de los primeros meses de vida del bebé. Además de una serie de tests psicométricos se recogió la concentración de cortisol en saliva materna las tres veces en el embarazo. Se encontró una relación significativa entre el miedo al parto, el miedo a tener un hijo enfermo y el estrés percibido con la disminución de la afectividad en los lactantes a los 3 y 8 meses. Igualmente el nivel de cortisol materno a las 24 semanas predice las alteraciones en la adaptación de los lactantes a los 3 y 8 meses de edad. El tener mucho miedo al parto en la segunda mitad del embarazo se asociaba con una disminución de hasta ocho puntos el puntaje en las escalas de desarrollo mental y motor a los ochos meses de vida. El efecto negativo del estrés materno durante el embarazo fue más visible a los 8 meses de vida que a los 3. Es a esa edad cuando comienzan a mostrar interés en el mundo que les rodea. (Buitelaar, J., Huizink A., Mulder, E., Robles P., Visser G.,2003).

D. Teorías y/o modelos del estrés

D.1. Teoría basada en la respuesta

El estrés como respuesta (Alcocer, 2012, p. 07).

Según Seyle la manera en que el organismo responde es estereotipada automática y refleja, mediante la cual el organismo se prepara para atacar o huir. Es la manera que tiene el organismo de protegerse del peligro. Tanto si los acontecimientos son agradables como displacenteros, o si el peligro es real o imaginario, el organismo responderá (preparándose para el ataque o fuga), provocando las siguientes respuestas fisiológicas:

- Descarga de adrenalina
- Aceleración de la respiración
- Sequedad bucal
- Aumento en el ritmo cardíaco y de la presión sanguínea
- Sudoración
- Tensión muscular
- Dilatación de las pupilas

Esta respuesta fisiológica no específica de un organismo ante situaciones estresantes a la que se denominó Síndrome General de Adaptación incluía tres etapas o fases:

1.- Fase de alarma: Consiste en una reacción fisiológica compleja provocada por la aparición del estresor. Es decir, el organismo comienza a segregar adrenalina, aumenta la tasa cardíaca, se acelera la respiración, etc. Estos cambios tienen por finalidad poner al organismo en un estado de preparación que posibilite la adopción de una respuesta de ataque o huida con vistas al restablecimiento del equilibrio perdido o amenazado.

2.- Fase de resistencia: El organismo se moviliza activamente para afrontar el mecanismo estresor con lo que van desapareciendo los signos fisiológicos de la fase anterior y el cuerpo vuelve a la normalidad. Aquí se activan las reservas del organismo. El problema radica en que si esta

resistencia se prolonga mucho, pueden agotarse los recursos, produciéndose un daño; entonces pasaría a la tercera fase.

3.- Fase de agotamiento: Si los esfuerzos de la etapa anterior no resultaron suficientes, el organismo agota sus recursos y reaparecen síntomas semejantes a los de la fase de alarma. Pero lo más importante es que esta fase el organismo se muestra más vulnerable a los trastornos y disfunciones orgánicas, y es en este momento cuando los trastornos relacionados con el estrés empiezan a ser evidentes.

Generalizando estas etapas se aprecia como en el SGA (Síndrome General de Adaptación) los recursos defensivos del organismo quedan agotados al producirse un desequilibrio catabolismo-anabolismo, definiendo el SGA como un conjunto de reacciones fisiológicas no específicas. Si el estrés "debilita y deteriora al organismo", lo hace susceptible de enfermar. Este deterioro está dado porque la liberación de adrenalina y corticoides que produce el estrés y que deprime el sistema inmunológico.

D.2. Teoría de enfermería (Marriner A. y Raile M., 2007, p. 321).

Modelo de Sistemas de Betty Neuman

El modelo de sistemas de Neuman refleja el interés de la enfermería en las personas sanas y enfermas como sistemas holísticos y en las influencias ambientales sobre la salud. Se subrayan las percepciones de los clientes y de las enfermeras respecto a los elementos estresantes y a los recursos, y a los clientes actúan conjuntamente con las enfermeras para establecer objetivos e identificar intervenciones de prevención relevantes.

La teórica también fundamentó su teoría bajo el significado de estrés a cargo de Selye, el cual definió el estrés como la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga y con este se aumenta la necesidad de reajuste, es por esto que el estrés se sintetiza en la demanda

no especifica de la actividad además los constituyentes del mismo reconocidos como agentes estresantes que son estímulos tanto positivos como negativos y que derivan del estrés que produce una subsecuente tensión.

Conceptos y definiciones básicas

Concepto integral: El cliente es considerado como un todo cuyas partes interaccionan entre sí en una forma dinámica.

Este modelo considera que cada una de las variables afecta al mismo tiempo al sistema del cliente, en este sentido elementos de tipo fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y carácter espiritual, esta última incluida en la segunda edición de su libro.

Sistema abierto: Sistema en el cual los elementos constituyentes de este intercambian la energía de la información en una organización completa. En este sentido, el estrés y la reacción al mismo se constituyen en elementos básicos del sistema abierto.

Entorno: Fuerzas internas y externas que afectan y son afectadas por el cliente y que en cualquier momento conforman el entorno.

Entorno creado: Movilización inconsciente del cliente de todas las variables del sistema hacia la integración, la estabilidad y la integralidad.

Estructura básica: Comprende los factores de supervivencia comunes a las especies tales como características innatas o genéticas.

Entrada y salida: Materia, energía e información que se intercambian dentro del sistema, entre el cliente y su entorno.

Retroalimentación: Salida del sistema en forma de materia, energía e información que sirve de retroalimentación para la futura entrada y la acción correctora con la intención de cambiar, potenciar o estabilizar el sistema.

Negentropia: Consiste en el proceso de utilización de la energía el cual favorece la progresión del sistema en pro de la estabilidad y el bienestar.

Entropía: Proceso de agotamiento y desorganización de la energía y que lleva al sistema a la enfermedad e inclusive la muerte.

Estabilidad: Estado en el cual el sistema del cliente, soporta con éxito los elementos estresantes, es decir, puede mantener un nivel adecuado de salud, con el objetivo de conservar la integralidad del sistema.

Elementos estresantes: Corresponden a estímulos que producen tensión en los límites del sistema del cliente. Estos pueden ser:

1. Fuerzas interpersonales, los cuales tiene su lugar dentro del individuo. Entre estas las respuestas condicionadas
2. Fuerzas interpersonales, las cuales tiene lugar en uno o más individuos, es decir singulares o plurales. Entre ellas las expectativas del rol.
3. Fuerzas extra personales, las cuales se dan al exterior del individuo. Entre ellas las circunstancias económica.

Bienestar

El bienestar existe cuando las partes del sistema del cliente interacción en armonía con el sistema completo y se satisfacen las necesidades del sistema.

Este teoría ayuda en la investigación para la identificación de elementos estresantes que pueden afectar el equilibrio del organismo, factores que al no encontrarse en armonía con el organismo afectan a la adolescente embarazada puesto que son generadores de estrés, si son identificados a tiempo se puede prevenir las consecuencias del estrés en la adolescente embarazada y también en el futuro neonato, sabiendo que el estrés no solo afecta a la madre si no también al hijo, y como profesional de

enfermería poder intervenir de manera integral, ofreciendo de esta manera una mejor calidad de vida para la adolescente y el niño.

3.3 Definición de términos.

-Adolescencia: la adolescencia es el periodo de vida comprendido entre los 12 y 17 años 11 meses 29 días de vida (MINSa 2012)

-Embarazo adolescente: Es aquel que se produce en mujeres adolescentes, se clasifica en:

- Embarazo en la adolescencia temprana, es aquel que ocurre en menores de 15 años.
- Embarazo en la adolescencia tardía, es aquel que ocurre en las adolescentes de 15 años a más.(MINSa 2017 p.11).

-Estrés: El estrés es un patrón de respuestas del organismo ante eventos estímulo que alteran el equilibrio y exceden su capacidad de manejo. Los eventos estímulo comprenden una gran variedad de condiciones externas e internas que, en conjunto se denominan estresantes (Gerrig & Zimbardo, 2005 p.406).

IV. MATERIAL Y MÉTODOS:

4.1 Tipo y Diseño de investigación.

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, transversal. (Supo J. 2014, p. 03).

Según la intervención del investigador es observacional, según la planificación de la toma de datos es prospectivo, según el número de variables de interés es descriptivo. (Supo J.2014, p. 05).

Diagrama:

O → M

Leyenda:

M= Adolescentes embarazadas

O= Nivel de estrés

4.2 Población, muestra y muestreo

Población : Adolescentes embarazadas pertenecientes al Hospital Regional Virgen de Fátima de la ciudad de Chachapoyas.

Muestra : De acuerdo al modelo lineal de serie de tiempo por datos estadísticos anteriores, se obtuvo: 40 adolescentes embarazadas, de las cuales 29 adolescentes embarazadas pertenecen al año 2016, motivo por el cual se abordó a los tres primeros meses del año 2017 para completar la muestra obteniendo así 11 adolescentes embarazadas pertenecientes al año 2017.

Criterios de inclusión.

- Adolescentes embarazadas registradas en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas.
- Adolescentes embarazadas entre 12 y 17 años.
- Adolescentes embarazadas que colaboren voluntariamente con el estudio.

Criterios de exclusión.

- Adolescentes embarazadas con trastornos mentales.

4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimiento.

Método : Se usó la encuesta (Pineda, E. & Alvarado, D. 2008).

Técnica : Se usó el cuestionario (Pineda, E. & Alvarado, D. (2008).

Instrumento : Se usó la escala (Pineda E. & Alvarado, D. 2008). (Anexo N°03).

Para medir la variable nivel de estrés en adolescentes embarazadas se aplicó una escala de estrés elaborado por Beck, 1998 y modificado por la autora.

Este instrumento consta de dos partes:

-La primera parte está referida a la introducción en el cual se explica el objetivo de la investigación; datos generales, que consta de doce ítems:

-La segunda parte abordará el contenido con quince ítems, lo que permitirá recoger información sobre nivel de estrés en adolescentes embarazadas.

Para medir la variable nivel de estrés en adolescentes embarazadas, se calificará de la siguiente manera.

- **Bajo:** Menor o igual a 15 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.
- **Moderado:** De 16 a 30 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.
- **Alto:** De 30 a 45 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.

Escala de estrés:

1= levemente, no me molesta mucho

2= moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3= severamente, casi no podía soportarlo

Para medir las dimensiones fisiológicas del estrés en adolescentes embarazadas, se calificará de la siguiente manera.

- **Bajo:** De 1 a 7 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.
- **Moderado:** De 8 a 14 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.
- **Alto:** De 15 a 21 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.

Para medir las dimensiones psicológicas del estrés en adolescentes embarazadas, se calificará de la siguiente manera:

- **Bajo:** De 1 a 8 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.
- **Moderado:** De 9 a 16 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.
- **Alto:** De 17 a 24 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.

Validez: La validez del instrumento se obtuvo a través del juicio de 05 expertos, sometándose así a una prueba binomial a través de Z de Gauss obteniendo un puntaje de 8.8817. (Anexo 05)

Confiabilidad: para hallar la confiabilidad, se realizó una prueba piloto a un total de 5 adolescentes embarazadas, y se utilizó la prueba de Split Halves obteniendo un valor de 0.78 y para confiabilidad de consistencia interna se aplicó la fórmula de Spearman Brown con un valor de 0.87, considerándolo fuertemente confiable para su aplicación. (Anexo 06).

4.4 Procedimiento:

Primero: se envió documento al Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016 solicitando la autorización de la lista de adolescentes embarazadas registradas en el consultorio de obstetricia.

Segundo: Después de la autorización para la ejecución de la investigación, se acudió al Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas para aplicar la escala de Beck modificado por la autora a las adolescentes embarazadas a las que les correspondía su control prenatal, previa aplicación del consentimiento informado (Anexo 09) al familiar de la adolescente embarazada (mamá, hermano(a), pareja) y asentimiento informado (Anexo 08) de manera individual para así obtener los datos reales del nivel de estrés en las adolescentes embarazadas.

Tercero: Se acudió a las viviendas de aquellas adolescentes embarazadas que no fueron ubicadas en el Hospital Regional Virgen de Fátima para la aplicación del instrumento de forma individual, previa firma del consentimiento informado a su familiar (mamá, hermano(a), pareja) y asentimiento informado.

Cuarto: Se hizo el conteo del instrumento aplicado y a su vez se verificó el correcto llenado de cada instrumento para su respectivo vaciado de datos en el software SPSS 21

4.5 Análisis de datos.

Se utilizó la estadística descriptiva a través de la distribución de frecuencias absolutas y relativas.

La información final fue procesada en el software SPSS versión 21 y en Excel 2013.

De los resultados obtenidos se elaboró tablas estadísticas con las funciones absolutas, porcentuales, y figuras de barra lo que permitió el análisis e interpretación de los datos.

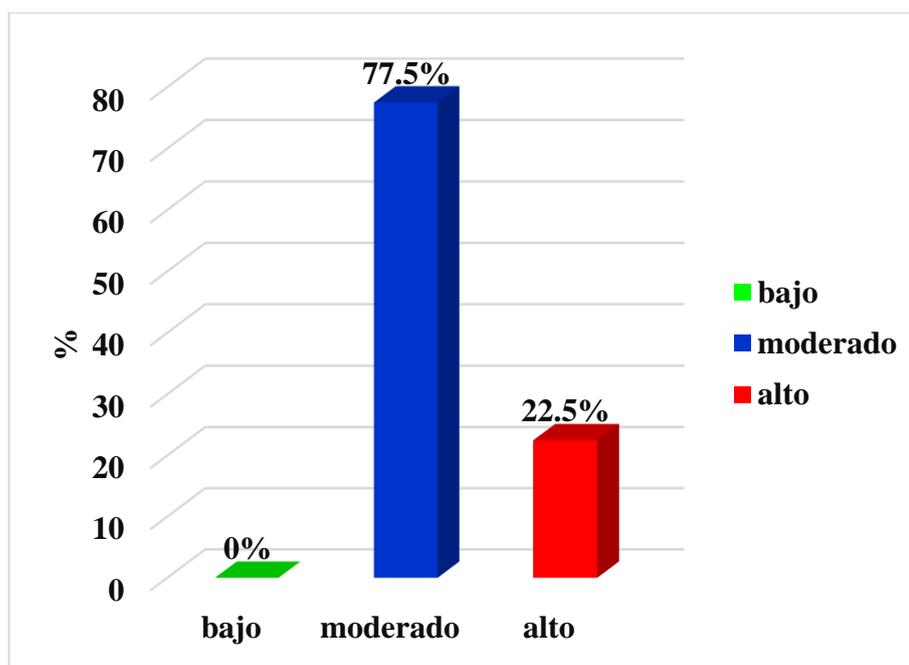
V. RESULTADOS

TABLA 01: Nivel de estrés en adolescentes embarazadas en el hospital regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.

Nivel de estrés	fi	%
Bajo	0	0
Moderado	31	77.5
Alto	9	22.5
TOTAL	40	100

Fuente: Escala sobre nivel de estrés en adolescentes Embarazadas

FIGURA 01: Nivel de estrés en adolescentes embarazadas en el hospital regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.



Fuente: Tabla 01

Descripción:

En la tabla y figura 01 se observa que del 100% (40) de las adolescentes embarazadas el 77.5% (31) presenta nivel de estrés moderado, el 22.5% (9) presenta nivel de estrés alto y no se evidenció nivel de estrés bajo.

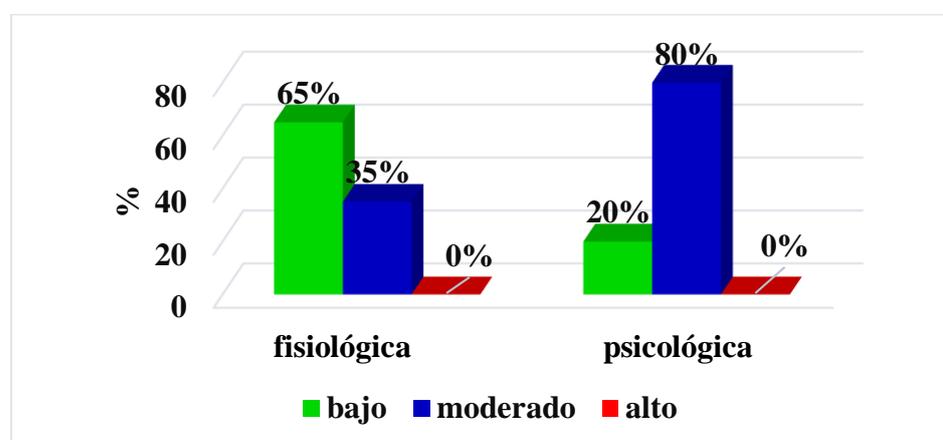
TABLA 02: Nivel de estrés según dimensión fisiológica y psicológica en las adolescentes embarazadas del hospital regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.

Nivel de Estrés	Dimensiones			
	Fisiológico		Psicológico	
	fi	%	fi	%
Bajo	26	65%	8	20%
Moderado	14	35%	32	80%
Alto	0	0%	0	0%
TOTAL	40	100%	40	100%

F

Fuente: Escala sobre nivel de estrés en adolescentes Embarazadas

FIGURA 02: Nivel de estrés según dimensión fisiológica y psicológica en las adolescentes embarazadas en el hospital regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.



Fuente: Tabla 02

Descripción:

En la Tabla y figura 02 en cuanto a la dimensión fisiológica, del 100% (40) de las adolescentes embarazadas el 65% (26) presenta estrés fisiológico bajo, el 35%(14) presenta estrés fisiológico moderado.

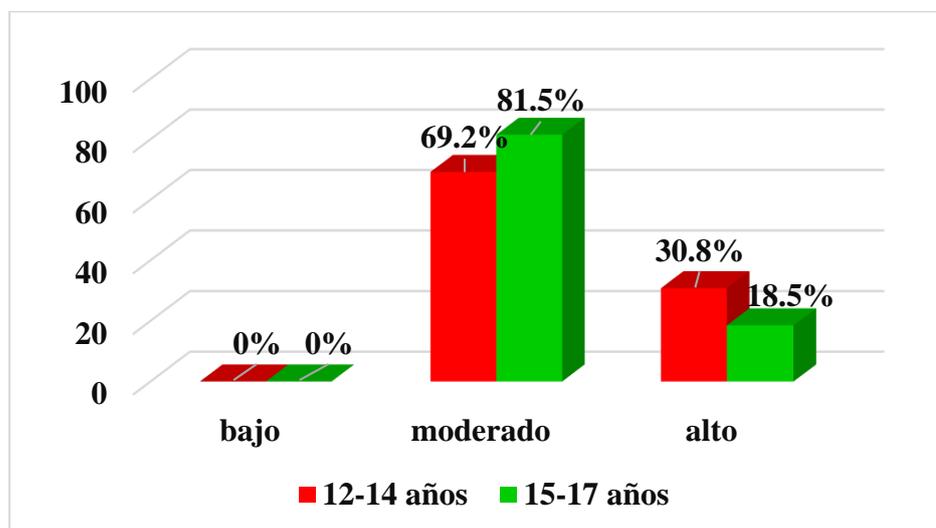
En la dimensión psicológica del 100% (40) de las adolescentes embarazadas el 80%(32) presenta estrés psicológico moderado, el 20%(8) presenta estrés psicológico bajo.

TABLA 03: Nivel de estrés según edades en las adolescentes embarazadas en el hospital regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016-2017.

Nivel de Estrés	Edades				Total	
	12-14 Años		15-17 Años		fi	%
	fi	%	fi	%		
Bajo	0	0	0	0	0	0
Moderado	9	69.2	22	81.5	31	77.5
Alto	4	30.8	5	18.5	9	22.5
total	13	100	27	100	40	100

Fuente: Escala sobre nivel de estrés en adolescentes Embarazadas

FIGURA 03: Nivel de estrés según edades en las adolescentes embarazadas en el hospital regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016-2017.



Fuente: Tabla 03

Descripción:

En la tabla y figura 03 en cuanto a las edades de 12 a 14 años del 100% (13), el 69.2% (9) presenta nivel de estrés moderado, el 30.8% (4) presenta nivel de estrés alto.

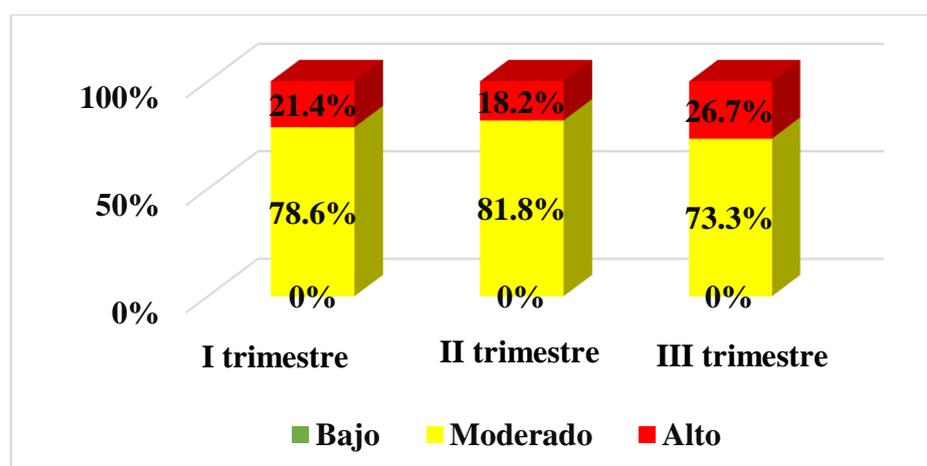
De las edades de 15 a 17 años del 100% (27), el 81.5% (22) presenta nivel de estrés moderado, el 18.5% (5) presenta nivel de estrés alto.

TABLA 04: Nivel de estrés según etapa gestacional en adolescentes embarazadas del hospital regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.

Nivel De Estres	Etapa Gestacional						TOTAL	
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	0	0	0	0	0	0	0	0
Moderado	11	78.6	9	81.8	11	73.3	31	77.5
Alto	3	21.4	2	18.2	4	26.7	9	22.5
TOTAL	14	100	11	100	15	100	40	100

Fuente: Escala sobre nivel de estrés en adolescentes Embarazadas

FIGURA 04: Nivel de estrés según etapa gestacional en adolescentes embarazadas en el hospital regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016- 2017.



Fuente: Tabla 04

Descripción:

En la tabla y figura 04 se observa que de acuerdo al I trimestre del 100% (14) el 78.6% (11) presenta nivel de estrés moderado, el 21.4% (3) presenta nivel de estrés alto.

En cuanto al II trimestre del 100% (11), el 81.8% (9) presenta nivel de estrés moderado, el 18.2% (2) presenta nivel de estrés alto.

En cuanto al III trimestre del 100% (15) el 73.3% (11) presenta nivel de estrés moderado, el 26.7% (4) presenta nivel de estrés alto.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla y figura 01 con respecto al nivel de estrés en las adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas se obtiene que en su mayoría la muestra de estudio presenta , nivel de estrés moderado (77.5%) y nivel de estrés alto 22.5%, lo cual es muy significativo, y más aun analizando la situación del problema como es el estrés y las posibles consecuencias que podría acarrear en los futuros neonatos, estos resultados pueden deberse a las situaciones que las adolescentes embarazadas enfrentan en su día a día, al ser criticadas y rechazadas por sus amigos, la relación con su familia y pareja, los miedos por él bebe y el parto, el futuro incierto que le espera y los cambios bruscos en su imagen.

Sabiendo que un embarazo en las adolescentes por lo general aparece de forma incidente sin que este sea planificado, la actitud de la adolescente muchas veces es contradictoria, por un lado desea y acepta la gestación pero por otro la rechaza, por lo tanto la adolescente puede sentirse amenazada en su autoimagen y en su propia estimación, además, una gestación suele conllevar pequeñas exigencias y molestias que originan tensión como los trastornos físicos (náuseas, vértigo, cambio de apetito), que pueden causar inquietud, así como el aumento de peso y el cambio de imagen corporal, generando de esta manera estrés que es debido en gran parte por las preocupaciones y temores del parto, que incluyen temor por ella misma, por su salud, y por el hijo, así como miedo al dolor y la muerte. (Díaz, 1999, p.28).

Al respecto Castellón (2012)- San Miguel; en su trabajo de investigación titulado: implicaciones psicológicas en adolescentes embarazadas de 12 a 17 años de edad cronológica que asisten a control prenatal en la unidad de salud san miguel de la ciudad de san miguel en el periodo comprendido de febrero a agosto de 2012. En los resultados revelaron que en las adolescentes embarazadas de dicho estudio el rango con mayor porcentaje fue estrés leve con un 59%, estrés moderado con un 21%, otro 18% de ellas no presenta estrés y un 2% de ellas tiene estrés grave.

Al comparar con la investigación se aprecia que los resultados del presente estudio son diferentes debido a que las adolescentes del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas presentan estrés en su nivel más alto, por lo que se podría decir que en las adolescentes de Chachapoyas , el embarazo se presenta como una fuente

importante de estrés, y esto se debe como refiere Valencia (2011) a que en esta etapa aún no está conformada su identidad, son inmaduras emocional y socialmente, y aún dependen económicamente de sus padres. Además, las transformaciones físicas y emocionales que ocurren durante la gestación, se incrementarán en esta etapa, porque las adolescentes todavía no concluyen los cambios inherentes al desarrollo. Es aquí donde la madre experimenta diversos sentimientos que conllevan al estrés ya sea por el miedo al parto o por los cambios que están teniendo y por miedo al futuro, se irrita fácilmente.

Díaz, (1999) refiere que el estrés en el embarazo es en gran parte debido al presagio del parto inminente y de la incertidumbre del resultado final; es natural que existan preocupaciones y temores, que incluyen temor por ella misma, por su salud y durante este periodo y el parto, así como miedo al dolor y muerte. El temor por el hijo, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la muerte intrauterina, de ahí que sea la primera gestación o no, tiene con la ambigüedad y la inminente incertidumbre del resultado final, las dos características para que sea un acontecimiento estresante.

El estudio de la presente investigación pone en evidencia que las adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima presentan estrés de nivel moderado y alto, a lo que Fonseca, (2008) refiere que en el estrés moderado comienzan a aparecer algunos síntomas provocando algo de malestar que avisan que hay que estar alerta en caso de que ocurra un desequilibrio. Pero la situación oscila generalmente entre estados de tensión y momentos de relajación, a veces es necesaria cierta tensión que se convierta en empuje para el logro de algunas metas. La mayoría de las personas en las instituciones se encuentran en este nivel. Y advierte que el estrés alto la situación se torna más violenta, comienzan a manifestarse una serie de síntomas de estrés negativo que pueden ser tan simples como cefaleas, palpitaciones, dolores abdominales para llegar hasta la fatiga, ansiedad, depresión entre otros que afectan su salud.

En cuanto a los lugares de procedencia de las adolescentes embarazadas objeto de estudio, se obtuvo que no existe relación significativa con el nivel de estrés, asimismo revela que las adolescentes embarazadas que participaron para el presente estudio son

en su mayoría procedentes de la Jalca Grande y Chachapoyas. Aquellas adolescentes embarazadas procedentes de la Jalca Grande presentan en su mayoría nivel de estrés moderado y esto podría deberse a que en esta localidad el embarazo adolescente es una situación común en las adolescentes que ya tienen pareja, las adolescentes embarazadas ocultan su embarazo con su vestimenta, y al no ser visible evitan las críticas disminuyendo de esta manera la sobrecarga social que podría generar estrés, situación que difiere en la ciudad de Chachapoyas motivo por el cual las adolescentes embarazadas procedentes de esta localidad presentan estrés moderado y alto equitativamente. (Anexo N° 10)

En la tabla y figura 02 Las adolescentes embarazadas del presente estudio presentaron un nivel bajo y moderado de estrés fisiológico que explica que la magnitud de las molestias fisiológicas fueron desagradables, pero que podían soportarlo. Las molestias que presentaron fueron: dolor de cabeza, problemas digestivos, palpitaciones rápidas o taquicardia, sudoración en momento de reposo, tensión muscular, dificultad respiratoria.

Asimismo las adolescentes embarazadas del estudio presentaron estrés psicológico en un nivel moderado y bajo, con la siguiente sintomatología: problemas para dormir, tristeza, lloros, se olvida de las cosas, inquietud, miedos, sensación de cansancio. Lo cual repercute en el adecuado desarrollo del feto, ya que como se sabe el feto puede percibir las emociones y sentimientos de la madre.

El hecho de obtener estos resultados no quiere decir que se debe dejar de lado este problema, o que sea menos importante, sino que al contrario se ha detectado a tiempo para poder crear estrategias que ayuden en su reducción, antes de que los niveles de estrés tanto fisiológico como psicológico aumenten y pongan en riesgo la vida de la madre adolescente y futuro recién nacido.

Al respecto Zambrano, (2006)- Quito; en su trabajo de investigación titulado: comparación de prevalencia y magnitud de niveles de estrés entre mujeres embarazadas adultas y adolescentes que acuden a la consulta externa prenatal de la maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito. En el que Los resultados revelaron que las mujeres adolescentes presentaron mayor nivel de estrés físico el 85% y mental en un 95% en comparación con mujeres adultas que acudieron a la consulta externa.

Al observar dicha investigación se aprecia que los resultados del presente estudio son idénticos ya que las adolescentes embarazadas presentan en su mayoría estrés psicológico seguido de estrés fisiológico, si bien es cierto el estudio de Zambrano no clasifica el estrés físico o psicológico según nivel, pero en sus resultados hace muestra de que si existe estrés físico o psicológico y al igual que la investigación en estudio los resultados son que si se presentan estrés físico y psicológico en las adolescentes embarazadas, que se pone en manifiesto en un amplio conjunto de síntomas que provocan alteraciones en el estado emocional y físico de la adolescente embarazada, que le impide disfrutar de las sorpresas de la vida. Estos problemas psicológicos y fisiológicos están en demanda con la edad de la adolescente ya que debido a su inmadurez emocional, esta no encuentra un medio de salida ante algún problema, sino por el contrario se aferra a sus problemas y no le busca una solución, tal vez de una manera u otra la adolescente embarazada trata de escapar de sus problemas, sin darse cuenta que al huir solo se hace más daño emocional, y que a la larga ocasionará trastornos de su integridad que no solo le afectara a ella sino también al futuro neonato.

En la tabla y figura 03 En cuanto a las edades de las adolescentes embarazadas del hospital regional Virgen de Fátima de Chachapoyas en la adolescencia tanto temprana como tardía presentan en su mayoría estrés moderado y alto, predominando en ambos caso el nivel de estrés moderado; al respecto Alcoser (2012) refiere que el embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia y que presenta características diferentes según la etapa de desarrollo de la adolescente en que se presente. El embarazo en la etapa de la adolescencia temprana, donde existe la incertidumbre por su apariencia física y los cambios que están aconteciendo; enfrentar la maternidad provoca depresión y aislamiento y en algunos casos puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica. El embarazo puede ser visto como una amenaza de peligro o como una oportunidad que brindará madurez. Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa con gran preocupación por las responsabilidades que se le vienen encima.

En la etapa tardía, ya se debe haber establecido sin mayores problemas la identificación y el ejercicio del rol sexual, es por esto que las adolescentes viven el impacto de la realidad y despliegan gran preocupación por ajustarse a su rol de madre: sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación del bebe.

Como se logra evidenciar el estrés durante el embarazo adolescente se presenta durante ambas etapas de la adolescencia, con la diferencia que para cada etapa existe un motivo causal diferente en la etapa temprana se caracteriza principalmente por los cambios de la propia adolescente mientras que en la adolescencia tardía el estrés es generado principalmente por la preocupación del rol maternal y el bebé.

En la tabla y figura 04. De los resultados obtenidos se evidencia que las adolescentes embarazadas del hospital regional virgen de Fátima de Chachapoyas presentan estrés moderado y alto en los tres trimestres del embarazo, con mayor predominio de nivel de estrés moderado en las tres etapas del embarazo; al respecto Díaz & et. al, 1999 refiere que el estrés en el embarazo es en gran parte debido al presagio del parto inminente y de la incertidumbre del resultado final; es natural que existan preocupaciones y temores, que incluyen temor por ella misma, por su salud y durante este periodo y el parto, así como miedo al dolor y la muerte. El temor por el hijo, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la muerte intrauterina, de ahí que sea la primera gestación o no, tiene con la ambigüedad y la inminente incertidumbre del resultado final, las dos características para que sea un acontecimiento estresante.

Asimismo Olza (2016) hace una recopilación de diversos estudios sobre estrés y embarazo de diferentes autores en los que refieren que el estrés durante el primer trimestre del embarazo tienen un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo o de que su hijo tenga alteraciones congénitas por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino (Hansen, 2000). También se ha estudiado la relación entre el estado emocional materno, el comportamiento fetal y la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal. A mayor estrés materno parece haber menor reactividad de la frecuencia fetal, lo que puede favorecer la conducta inhibida en la infancia (Di Pietro, J., Hodgson D, Costigan, K, Johnson T. 1996.). Los efectos más conocidos del estrés materno son el parto prematuro y bajo peso.

Respecto al segundo trimestre el estudio de la Universidad de Utrecht incluyó a un total de 230 mujeres embarazadas nulíparas que fueron evaluadas desde la semana 15 del embarazo en sucesivas ocasiones y a lo largo de los primeros meses de vida del bebé. Además de una serie de test psicométricos se recogió la concentración de

cortisol en saliva materna las tres veces en el embarazo. Se encontró una relación significativa entre el miedo al parto, el miedo a tener un hijo enfermo y el estrés percibido con la disminución de la afectividad en los lactantes a los 3 y 8 meses. Así también el tener mucho miedo al parto en la segunda mitad del embarazo se asociaba con una disminución de hasta ocho puntos el puntaje en las escalas de desarrollo mental y motor a los ochos meses de vida, así también en el Tercer trimestre han observado una asociación muy significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia.

Las adolescentes que se encuentran embarazadas experimentan frecuentemente estrés en todas los trimestres del embarazo, lo cual podría deberse a los frecuentes temores que tienen consigo mismas respecto al bebe y al parto, en la investigación realizada las adolescentes embarazadas presentan en su mayoría estrés moderado en los tres trimestres del embarazo, lo que es desde ya sería una señal de alarma puesto que ello eleva las probabilidades de tener partos prematuros, recién nacidos con bajo peso e incluso enfermedades congénitas en el hospital regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, lo cual podría generar complicaciones tanto para la madre como para el bebe.

Asimismo las adolescentes presentan estrés alto principalmente en el tercer trimestre lo que puede estar relacionado principalmente con el temor al parto lo que podría dar como resultado lactantes con alteraciones tanto en la conducta como en el desarrollo mental y motor.

VII. CONCLUSIONES

Se arribó a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de estrés en las adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas es de moderado a alto.
2. Existe un predominio de nivel de estrés bajo en la dimensión fisiológica y un nivel de estrés moderado en la dimensión psicológica, en la adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas.
3. El nivel de estrés en adolescentes embarazadas según edades del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, es moderado y alto.
4. El nivel de estrés según etapa gestacional en adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, es de moderado a alto.
5. Las adolescentes embarazadas son más susceptibles al estrés que las gestantes adultas, ya en las adolescentes son inseguras emocionalmente y aun dependen de otras personas, asimismo no han concretado sus cambios físicos propios de la su edad.
6. Existe una alta probabilidad de tener recién nacidos con bajo peso u otros problemas a en el hospital regional virgen de Fátima por consecuencia del estrés percibido durante el embarazo de las adolescentes.

VIII. RECOMENDACIONES

1. A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS.

Crear programas dirigido hacia las adolescentes embarazadas haciendo énfasis en la salud mental para disminuir el alto índice de estrés y prevenir con ello todas las consecuencias que ello acarrea en las mismas adolescentes como también en los futuros neonatos, así mismo crear normas legislativas y presupuestos necesarios que permitan la atención integral de las adolescentes embarazadas.

Viabilizar los consultorios diferenciales para las adolescentes gestantes

2. A LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNTRM

Incluir dentro de las prácticas comunitarias la planificación y realización de talleres que presten servicios de terapias de relajación orientación y meditación, sobre la salud mental, en las adolescentes embarazadas, y de esta manera lograr que se sientan mejor y logren aliviar sus problemas que están atravesando, y así evitar las consecuencias posteriores.

Realizar nuevas investigaciones, abarcando el tema de estrés en las adolescentes embarazadas.

3. A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

Buscar ayuda profesional siempre que tengan problemas que pueda afectar su salud mental, además involucrarse en actividades de recreación, que le ayuden a tener su propio espacio entre su misma etapa de adolescente, su situación de embarazo y las mismas responsabilidades del embarazo.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcoser, V., (2012). *Estrategias de Afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados*, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán. (Tesis de grado para optar por el título de psicóloga clínica): Facultad de ciencias psicológicas. Guayaquil-Ecuador; Recuperado 07.07.2016 desde: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6004/1/TESIS%20DE%20GRADO%20Alexandra.pdf>
- Ávila, J., (2014). *El estrés un problema de salud del mundo actual*. Recuperado 07.03.18 desde: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf.
- Barrozo, M., & Pressiani, G., (2014). *Embarazo adolescente entre 12 y 19 años*. Recuperado 07.07.16 desde: <http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos-digitales/5989/barrozo-mariela.pdf>
- Casas, R., & Ceñal, G., (2005). *Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Recuperado 31.07.16, desde: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- Castellón, R., Melgar, C., & Rivas, Z., (2012), *Implicaciones psicológicas en adolescentes embarazadas de 12 a 17 años de edad cronológica que asisten al control prenatal en la unidad de salud San Miguel de la ciudad de San Miguel en el periodo comprendido de febrero a agosto 2012*. (Tesis para optar el grado de licenciatura en psicología): Facultad multidisciplinaria oriental. El Salvador; Recuperado 07.07.2016 desde: <https://core.ac.uk/download/files/342/31083495.pdf>
- Castillo, H., (2015). *El estrés en latinoamerica*. Recuperado 07.03.2018 desde: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/12/28/el-estres-aliado-de-la-pobreza-de-latinoamerica>

- Comín, A., Fuente, A., & García, G., (2006). *El estrés y el riesgo para la salud*. Recuperado 31.07.16, desde: <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>
- Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU., (2018). *Etapas del embarazo*. Recuperado 17.02.18 desde: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-nowhat/stages-pregnancy>
- Díaz, R. & et.al, (1999). *Estrés y embarazo. Revista de asociación dental mexicana*.44:(1).27-31. Recuperado 07.07.16 desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od991f.pdf>
- Florencia, D., (2012). *Biología del comportamiento del estrés “psicobiología del estrés”*. Recuperado 31.07.16 desde: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf
- Fonseca, Y., (2008). *El estrés psicológico y sus principales formas de expresión en el ámbito laboral*. Recuperado 07.07.16 desde: <http://www.eumed.net/librosgratis/2010a/643/Definicion%20operacional%20de%20las%20variables%20del%20estres%20psicologico.htm>
- Fontana, M., (2016). *El estrés gestacional y sus consecuencias*. Recuperado 07.03.2018 desde: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/133218/1/TG_Elia_Maria_Fontana_Estresgestacional.pdf
- Gerrig, R., & Zimbardo, (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson education Inc.
- González, N., Fuenmayor, P., Espinoza, M., Villasana, K., & Ferreira, F., (2015). Evaluación de estrés percibido y niveles de alfa-amilasa salival en mujeres embarazadas (del Municipio Libertador del Estado Mérida). Facultad de medicina. Venezuela; Recuperado 04.08.16 desde: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v75n4/art04.pdf>

- Larraburu, I., (2010). *Estrés en la adolescencia*. Recuperado 07.07.16 desde: <http://www.isabel-larraburu.com/articulos/psicologia-para-adolescentes/90-estres-en-la-adolescencia.html?lang>
- March of dimes, (2016). *El estrés durante el embarazo*. Recuperado 07.03.2018 desde: http://www.policlinicarampa.sld.cu/publico/estress_embarazo.pdf
- Marriner, A., & Raile, M., (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier S.L.
- Mich, M., (2011). *El embarazo en adolescentes, una fuente importante de estrés*. México. Recuperado 07.07.16 desde: <https://www.quadratin.com.mx/sucesos/Embarazo-en-adolescentes-fuente-importante-de-estres/>
- MINSA (2013). *Embarazos adolescentes en el Perú*. Recuperado 07.07.16 desde: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=1
- MINSA (2012). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente*. Recuperado 04.08.16 desde: <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2012/Diciembre/09/RM-973-2012-MINSA.pdf>
- MINSA, (2017). *Norma técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio*.
- MINSA, (2012). *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012 – 2021*. Recuperado 07.08.17 desde: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Plan-Multisectorial-PEA-2012-2021.pdf>
- Naranjo, P., (2009). *Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo*. Educación, Sin mes, 171-190. Recuperado 07.07.16 desde: <http://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>
- Olza, I., (2016) *Ansiedad durante el embarazo y alteraciones de conducta en el niño*. Recuperado 07.07.16 desde: http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/ansiedad_durante_el_embarazo_y_alteraciones_de_conducta_en_el_nino.asp

- OMS, (2017). *México, primer lugar a nivel mundial en estrés laboral*. Recuperado 07.03.2018 desde: <http://de10.com.mx/vivir-bien/2017/09/01/mexico-primer-lugar-nivel-mundial-en-estres-laboral>
- Pineda, E., & Alvarado, D., (2008). *Metodología de la investigación*. 3ª edición. Washington DC: OPS
- Posada, A., Gomes, J. & Ramírez, H., (2005). *El niño sano*. Bogotá: Medica Internacional LTDA.
- Quezada, B., (2011), *Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil*. (Tesis como requisito parcial para obtener el grado de maestría en ciencias). Facultad de psicología. Monterrey-México; Recuperado 07.07.2016 desde: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3876631.pdf>
- Rodríguez, A., Ruiz, D., & Soplin, R., (2014) *Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I-2 Masusa Punchana, 2014*. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería). Facultad de enfermería. Iquitos-Perú. Recuperado 07.07.16 desde: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/309/1/TESIS.pdf>
- RPP, (2015). *Estres en el Perú*. Recuperado 07.03.2018 desde: <http://rpp.pe/peru/actualidad/el-58-de-los-peruanos-sufre-de-estres-noticia-764777>
- Salvador, M., (2009). *La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico* 77(5):231-237. Recuperado 07.07.16 desde: http://www.researchgate.net/profile/Jaime_SalvadorMoysen/publication/215711539_La_dimension_biopsicosocial_de_la_preeclampsia_un_abordaje_conceptual_emprico/links/0c36e0efa1c0897045126ff6.pdf
- Supo, J., (2015). *Seminario de la investigación científica*. 2ª edición. PERÚ. Create space independet. Perú.

Vásquez, C., (2016). *Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2016*. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia) Facultad de medicina. Lima-Perú. Recuperado 04.08.16 desde: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4748>

Wong, D., (1995). *Enfermería pediátrica*. España: Mosby-Year Book.

ANEXOS

ANEXO N° 01
OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	CATEGORÍAS		ESCALA
						Dimensión	Variable	
V1: NIVEL DE ESTRÉS	Es un proceso mediador psicobiológico, cuya expresión fisiológica, bioquímica y molecular es la traducción a nivel orgánico de la respuesta del individuo a diversos estímulos del entorno sociocultural que percibe como amenazantes. (Salvador, 2009 p.233)	El estrés es una respuesta del organismo ante la demanda de diversas circunstancias y procesos estresantes, pudiendo ser esta positiva o negativa. En las adolescentes embarazadas estas respuestas pueden verse en el nivel fisiológico y psicológico además puede ser medible a través de una escala, en	Fisiológicas	Palpitaciones o taquicardias	• Presento palpitaciones o taquicardias	Bajo: 1-7 puntos	Bajo: < 15 puntos	O R D I N A L
				Problemas digestivos	• Padezco problemas digestivos			
				Sequedad bucal	• Presento sequedad bucal			
				Tensión muscular	• Se me tensan los músculos Del cuello y de la espalda.	Modera- do: 8-14 puntos	Modera- do:16-30 puntos	
				Cefalalgia	• Sufro de dolores de cabeza	Alto:15-21 puntos		
				Incapacidad de relajarse	• Soy incapaz de relajarme	Bajo:1-8 puntos	Alto:31-45 puntos	
				Alteraciones del sueño	• Presento alteraciones del sueño			

		categorias bajo, moderado y alto.	Psicológicas	Falta de interés	• Has perdido el interés en las cosas.	Moderado: 9-16 puntos			
				miedo	• Tengo mucho miedo a que suceda lo peor				
				Depresión	• Lloro mucho y me desespero con facilidad.				
				Tristeza.	• Me siento triste	Alto: 17-24 puntos			
				Fatiga	• Me siento cansada y sin energía.				
				Falta de respiración	• Siento que me falta la respiración.				
				Sudoración.	• Sudoración (no debido al calor o actividad física)				
				Memoria.	• Me olvido de las cosas fácilmente.				
				Memoria.	• Me olvido de las cosas fácilmente.				

ANEXO N°02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO METODOLÓGICO
¿Cuál es el Nivel de estrés en adolescentes embarazadas, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas. Amazonas, 2016?	<p>OBJETIVO GENERAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de estrés en adolescentes embarazadas, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016. <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de estrés en adolescentes embarazadas según dimensiones fisiológicas y psicológicas, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016. • Determinar el nivel de estrés en adolescentes embarazadas según edades de 12 a 14 años y de 15 a 17 años. Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas, 2016. 	<p>TIPO Y DISEÑO</p> <p>El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, transversal. (Supo. 2014, p.03)</p> <p>Según la intervención del investigador es observacional, según la planificación de la toma de datos es prospectivo, según el número de variables de interés es descriptivo. (Supo.2014, p.05)</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Descripción del instrumento: para medir la variable nivel de estrés en adolescentes embarazadas se adaptó y aplico una escala de estrés elaborado por Beck, 1998.</p> <p>Este cuestionario consto de dos partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La primera parte está referida a la introducción en el cual se explica el objetivo de la investigación; datos generales, que consta de doce ítems: -La segunda parte aborda el contenido con quince ítems, lo que permitió recoger información sobre nivel de estrés en adolescentes embarazadas.

		<p>Para medir la variable nivel de estrés en adolescentes embarazadas, se calificó de la siguiente manera.</p> <p>Estrés bajo: Menor o igual a 15 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.</p> <p>Estrés moderado: De 15 a 30 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.</p> <p>Estrés alto: De 31 a 45 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.</p> <p>Escala de estrés:</p> <p>1= bajo, no me molesta mucho</p> <p>2= moderado, fue muy desagradable, pero podía soportarlo</p> <p>3= alto, casi no podía soportarlo</p> <p>Para medir las dimensiones fisiológicas del estrés en adolescentes embarazadas, se calificó de la siguiente manera.</p> <p>Bajo: De 1 a 7 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas</p>
--	--	--

		<p>las proposiciones.</p> <p>Moderado: De 8 a 14 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.</p> <p>Alto: De 15 a 21 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.</p> <p>Para medir las dimensiones psicológicas del estrés en adolescentes embarazadas, se calificó de la siguiente manera.</p> <p>Bajo: De 1 a 8 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.</p> <p>Moderado: De 9 a 16 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.</p> <p>Alto: De 17 a 24 puntos, en la puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con todas las proposiciones.</p>
--	--	--

ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Escala sobre nivel de estrés en adolescentes

Embarazadas

(Elaborado por Beck, 1998; modificado por la autora)



Se te solicitó participar en una investigación. Con el presente cuestionario queremos investigar cual es el nivel de estrés en adolescentes embarazadas. Los datos serán analizados de manera computarizada, por lo que puedes contestar sinceramente, los datos serán tratados de manera absolutamente confidencial y tu participación será anónima. NO OLVIDES RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS.

¡Gracias por tu participación!

I. DATOS GENERALES: Escribe o marca la respuesta según tu realidad.

1. Edad : a) De 12 a 14 años b) De 15 a 17 años
2. Lugar de procedencia :
3. Grado de instrucción : a) Sin instrucción b) Primaria completa
c) Primaria incompleta d) Secundaria completa e) Secundaria incompleta
4. Ocupación :
5. Religión : a) católica b) evangélica c) adventista
d) otros
6. ¿Con quién vives? : a) sola b) padres y hermanos c) padres d) pareja conyugal e) otros
7. Edad de inicio de relaciones coitales : a) Menor o igual a de 11 años b) De 12 a 14 años c) De 15 a 17 años
8. Fecha de tu última menstruación :
9. ¿Cuántas veces estuviste embarazada?: a) primera vez b) segunda vez
c) tercera vez c) más veces
10. ¿Cuántos hijos tienes? : a) 0 hijos b) 1 hijo c) 2 hijos d) 3 hijos e) más de 3 hijos
11. Si tienes pareja ¿Cómo es tu relación de pareja durante el embarazo, en comparación con la relación antes del embarazo?
a) Peor b) igual que antes c) mejor

II. DATOS ESPECÍFICOS:

Indique cada uno de estos síntomas en el grado que se ha visto afectada por cada una de ellas durante los últimos 10 días y en el momento actual, elija de entre las siguientes opciones la que mejor corresponda:

1= levemente, no me molesta mucho

2= moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3= severamente, casi no podía soportarlo

N°	ITEMS	1	2	3
	fisiológicas			
1.	Sufro de dolores de cabeza			
2.	Padezco problemas digestivos			
3.	Presento palpitaciones o taquicardias			
4.	Sudoración (no debido al calor o actividad física)			
5.	Se me tensan los músculos del cuello y de la espalda			
6.	Siento que me falta la respiración			
7.	Presento sequedad bucal			
	psíquicas			
8.	Presento alteraciones del sueño			
9.	Me siento triste			
10.	Lloro mucho y me desespero con facilidad			
11.	Me olvido de las cosas fácilmente			
12.	Ha perdido el interés en las cosas			
13.	Soy incapaz de relajarme			
14.	Tengo mucho miedo a que suceda lo peor			
15.	Me siento cansada y sin energía.			

ANEXO N°04

**ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
POR JUICIO DE EXPERTOS**

N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica		
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación		
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores		
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....

Fecha:/...../.....

Nombre y Firma del Experto

ANEXO N° 05

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

A). PRUEBA DE LA Z DE GAUSS PARA PROPORCIONES

1). hipótesis estadística

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

Dónde:

P es el porcentaje de respuesta de los jueces que consideran el ítem de la escala es adecuada (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). Niveles de significancia (α) y el 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 “válido” y no “válido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 50, la estadística para probar hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

Formula:

$$Z = \frac{p_j - P}{\sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}}$$

Donde:

Z: Se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1.

p_j : Es el porcentaje de respuesta de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

P: Es el porcentaje de aceptación o rechazo a favor de la hipótesis nula (Ho)

n: Es el número de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados.

4). Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola o 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:

A1 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:

$N = 67$, $Po = 50\%$ y $P = 95,7\%$. De donde resulta que: **VC = 8.8817**

6). Discusión estadística

Comparando el valor calculado (VC = **8.8817**) con el valor teórico (VT > 1.6449) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza

ÍTEM EVALUADO	JUECES EXPERTOS				P VALOR < α	SIGN. ESTAD
	ADECUADO	%	INADECUADO	%		
1	5	100	0	0	0.03125	**
2	5	100	0	0	0.03125	**
3	5	100	0	0	0.03125	**
4	5	100	0	0	0.03125	**
5	5	100	0	0	0.03125	**
6	5	100	0	0	0.03125	**
7	5	100	0	0	0.03125	**
8	5	100	0	0	0.03125	**
9	5	100	0	0	0.03125	**
10	5	100	0	0	0.03125	**
TOTAL	50		0	0	8.8817	

estadística. Con este resultado, se acepta la validez de los instrumentos de medición.

Fuente: apreciación de los expertos

* : Significativa (P < 0.05)

** : Alta mente significativa (P < 0.01)

EXPERTOS QUIENES EVALUARON EL INSTRUMENTO

Carmen Elizabeth Aguilar Yauri

Zoila Roxana Pineda Castillo

Francisco León Reyes

José Armando plaza Gálvez

Wilfredo Portugal Maldonado

ANEXO N°06

EVALUACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

	N	Máximo	Suma	
P1	5	2.00	7.00	.300
P2	5	2.00	9.00	.200
P3	5	3.00	12.00	.800
P4	5	3.00	10.00	1.000
P5	5	3.00	12.00	.300
P6	5	1.00	5.00	0.000
P7	5	2.00	6.00	.200
P8	5	2.00	9.00	.200
P9	5	3.00	11.00	.700
P10	5	3.00	7.00	.800
P11	5	3.00	8.00	.800
P12	5	2.00	7.00	.300
P13	5	1.00	5.00	0.000
P14	5	3.00	11.00	.700
P15	5	3.00	12.00	.800
SUMA	5	92.00	436.00	7.100
N válido (según lista)	5			25.700

FORMULA: ALFA DE CRONBACH

a) mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum s_{is}^2}{s_t^2} \right]$$

$$\alpha = \frac{15}{15-1} \left[1 - \frac{7.1}{25.7} \right]$$

$$\alpha = \frac{15}{14} [1 - 0.27]$$

$$\alpha = 1.07[0.73]$$

$$\alpha = 0.78$$

CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA POR LA FÓRMULA DE SPEARMAN-BROWN.

$$Rip = \frac{2(rip)}{1 + rip} = \textit{spearman brow}$$

$$Rip = \frac{2(0.78)}{1 + 0.78} = \textit{spearman brow}$$

$$Rip = \frac{1.56}{1.78} = \textit{spearman brow}$$

$$Rip = \mathbf{0.87} = \textit{spearman brow}$$

ANEXO N°08

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YOcon, DNI N°.....A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “**NIVEL DE ESTRÉS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. CHACHAPOYAS 2015**”

.Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada señorita:

La investigadora del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

.....
ATENTAMENTE

Zoila Vargas marina

Código: 021012A102

ANEXO N° 09

ASENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Zoila Vargas Marina, estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, teniendo la finalidad de determinar el nivel estrés en adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas.

Por lo que, se le solicita su autorización para dicho estudio, si usted acepta, quiere decir que la investigadora le ha indicado a usted de forma verbal, lo siguiente: el propósito del estudio, participación, riesgos, incomodidades, costos, beneficios, confidencialidad y problemas o preguntas.

Propósito del estudio: Determinar el nivel de estrés en adolescentes embarazadas del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas.

¿En qué consiste su participación?: una vez autorizada su participación, se le solicitara que llene una ficha de recolección de datos y un cuestionario de eventos estresantes.

Riesgos y beneficios: La presente investigación no es experimental por lo que no se advierte daño alguno.

Confidencialidad: toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedara a custodia del investigador, por ende la encuesta es anónima.

Derechos: Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria y no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted; en caso de no aceptar la invitación, usted tiene el derecho a retirarse del estudio. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, no recibirá pago por su participación

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de Preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera. Firmo este documento autorizando mi participación en el estudio.

Nombre y firma del participante

DNI: _____

ANEXO N° 10

**LUGAR DE PROCEDENCIA Y NIVEL DE ESTRES DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS**

Lugar de procedencia	Nivel de estrés							
	Bajo		Moderado		Alto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Chachapoyas	0	0	3	7.5	3	7.5	6	15
Luya	0	0	3	7.5	1	2.5	4	10
Bagua	0	0	2	5	1	2.5	3	7.5
Jalca Grande	0	0	4	10	2	5	6	15
Tingo	0	0	2	5	0	0	2	5
Levanto	0	0	3	7.5	0	0	3	7.5
Pipus	0	0	3	7.5	0	0	3	7.5
Lima	0	0	1	2.5	0	0	1	2.5
Mayno	0	0	2	5	0	0	2	5
Molinopampa	0	0	2	5	1	2.5	3	7.5
Yerbabuena	0	0	3	7.5	0	0	3	7.5
Santo Tomas	0	0	3	7.5	1	2.5	4	10
TOTAL	0	0	31	77.5	9	22.5	40	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,503 ^a	11	,757
Razón de verosimilitudes	10,062	11	,525
Asociación lineal por lineal	2,086	1	,149
N de casos válidos	40		