

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA



TESIS

“ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA ZONA ORIENTAL DURANTE EL AÑO 2013.”

PRESENTADO POR

ELIA MARILIN SORTO

BRENDA JUDITH LÓPEZ SÁNCHEZ

NANCY CAROLINA LÓPEZ VELÁSQUEZ

PARA OPTAR AL TÍTULO ACADÉMICO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

DOCENTE DIRECTOR

RENÉ CAMPOS QUINTANILLA. PH. D.

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL AGOSTO DE 2013

San Miguel

El Salvador

Centroamérica.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

RECTOR

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

VICERRECTORA ACADÉMICA

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

SECRETARIA GENERAL

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

DECANO

LIC. CRISTÓBAL HERNÁN RIOS BENÍTEZ

VICE - DECANO

LIC. CARLOS ALEXANDER DÍAZ

SECRETARIO GENERAL

LIC. JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES

JEFE DEL DEPARTAMENTO

LIC. RUBÉN ELÍAS CAMPOS MEJÍA

COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO

LIC. LUÍS ROBERTO GRANADOS GÓMEZ

COORDINADOR DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO

DOCENTE DIRECTOR

RENÉ CAMPOS QUINTANILLA. PH.D.

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que se ha hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para las investigadoras un verdadero placer utilizar este espacio para ser justas y consecuentes con ellas, expresándoles nuestros agradecimientos de manera especial.

Dr. José Manuel Pacheco Paz.
Director Hospital Nacional Regional
San Juan de Dios San Miguel.

Licda. Blanca Areli Pérez de Solórzano.
Jefa de Enfermería del Hospital Nacional Regional
San Juan de Dios San Miguel.

Dr. Nelson Antonio Fuentes Cordero Villatoro.
Director Hospital Nacional General de la Unión.

Lic. Oscar Armando Cruz.
Trabajador Social del
Hospital Nacional General de la Unión.

Dra. Ana Elda Guevara Varela.
Directora Hospital Nacional General
Dr. Héctor Antonio Hernández Flores San Francisco Gotera

Dr. Carlos Elías Portillo Lazo.
Director Hospital Nacional General San Pedro Usulután.

Lic. Miguel Ernesto Marquina.
Jefe de la Unidad de Salud Mental de Usulután.

Lic. Emelina López de Arévalo.
Psicóloga de la Unidad de Salud Mental de Usulután.

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios por permitirme llegar a este punto de mi vida, por haberme ayudado durante estos años, el sacrificio fue grande pero tú siempre estuviste conmigo paso a paso en mi trayecto, por eso este triunfo también es tuyo mi Dios, por ayudarme a terminar este proyecto, por darme las fuerzas y el coraje para hacer este sueño realidad, por cada regalo de gracia que me has dado y que inmerecidamente he recibido.

A mi madre Consuelo López, y a mi hermano Fredy López que me acompañaron a lo largo de esta faceta de mi vida, y de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos. A mi padre Arturo Lara, que a pesar de la distancia siempre estuvo atento para saber cómo iba mi proceso.

De igual manera agradecer a mi asesor de investigación y de tesis de grado, Dr. René Campos Quintanilla por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que me ayudaron a formar como persona e investigadora, porque ha dejado huella en mi superación, y es bueno decir con la cabeza en alto, es el resultado de la valentía que tiene al poder guiarme, con paciencia y esmero.

También me gustaría agradecer a mis docentes durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a la Licda. Eleyda Victoria Parada Treminio por sus consejos, por impulsarme a ser cada día mejor, al Lic. Rafael Antonio Flores Ponce, por su enseñanza y entrega en mi aprendizaje, al Lic. José Milton Domínguez, por su motivación, paciencia, respeto, y por generar confianza para expresar, preguntar y opinar, y más que todo por su amistad.

A mi fuerza fraterna, agua en tiempos de sequía, mujeres de armonía, llenas de alegría de sonrisa franca, manos amigas que tengo hacia mí tendida cuando mis arranques y mareas me dominan, gracias por su paciencia, apoyo, amistad y cariño son ustedes a parte de compañeras mis mejores amigas y hermanas, Marilin Sorto y Brenda López.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Nancy Carolina López Velásquez.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente quisiera agradecer a Dios por mi diario vivir, iluminar mi mente, por permitirme conocer personas que me han brindado su apoyo/amistad y especialmente por brindarme la oportunidad de alcanzar mi meta académica.

A mi núcleo familiar porque han estado conmigo tanto en las buenas como en las malas pero especialmente a mis padres ya que han sido mi soporte a lo largo de la vida, me han apoyado económicamente y emocionalmente en mi preparación académica, por confiar siempre en mí; el cual me impulsó a ser más segura de mis acciones y a tomar mejores decisiones, además por inculcarme valores, visiones y metas a través de sus consejos y ejemplo.

A mi amiga de infancia porque siempre me ha brindado su amistad sincera, ha deseado lo mejor en mi vida, me ha apoyado a lo largo de mi preparación académica y en mis problemáticas. Así mismo agradecerles a unas personas que se han convertido muy importante en mi vida como son mis compañeras de tesis pero sobre todo son mis amigas, ya que me han brindado su apoyo y confianza incondicional, sus consejos positivos hacia mi vida también por los momentos especiales que han compartido a mi lado.

Agradecer a los y las profesionales que me impartieron conocimientos durante la carrera universitaria, ya que fueron los impulsores hacia mi formación, a convertirme en una persona investigadora, a sentir respeto y ética a la profesión. Pero en especial al director de tesis: El doctor René Quintanilla por su esfuerzo así mismo por compartir su experiencia, conocimiento y motivación, el cual nos permitió desarrollar el trabajo de investigación y mi estudio académico con éxito.

En fin son muchas personas las que han formado parte de mi vida profesional, a las cuales les agradezco su amistad, consejo, apoyo, motivación y compañía, así mismo les doy las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Brenda Judith López Sánchez.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo va dedicado a personas muy especiales, que siempre han estado a mi lado apoyándome y dando lo mejor de sí para que siga progresando personal y profesionalmente.

A Dios, por derramar en mí bendiciones y por haberme permitido completar este proyecto. Me ha ayudado en inspirarme, darme aliento y sabiduría. Por haber encontrado los medios para alcanzar una de mis metas.

A nuestro director del proyecto de graduación Dr. René Campos Quintanilla. Por ser un gran profesional. Gracias por todos los aportes, orientaciones y por sus valiosos consejos a lo largo del proceso de investigación.

A mí querido abuelo Daniel García (QEPD) con quien me hubiese gustado compartir este momento. Siempre estarás en mis pensamientos y en mi corazón.

A mis dos madres Rosinda Sorto y Sonia Sorto. Por su incondicional amor, apoyo y confianza, que siempre me han dado. Por ellas he logrado ser y tener cuanto soy. Las amo

A mis tíos, especialmente Daniel García, Francisca Argueta, Reina Sorto. A mis primas Glenda Rodríguez, Rosmeri Argueta. Quienes siempre me han dado su apoyo incondicional y han depositado su confianza en mí, sólo me resta decir gracias por apoyarme en todas las etapas de mi vida, mil gracias por todo los quiero mucho.

Especialmente a ti, Josué Portillo porque más que palabras, con hechos has demostrado el gran amor que me tienes. Por tu apoyo, comprensión y brindarme toda la motivación que necesite. TE AMO

A mis hermanos Lisseth Sorto, Yessi Sorto, Joel Sorto. Por su colaboración y compañía. Los quiero.

A cada uno de mis docentes, que brindaron su conocimiento y experiencias, para crecer profesionalmente.

A mis compañeras y amigas Nancy Carolina López, Brenda Judith López. Por su ayuda, paciencia y hacer este tiempo de estudio más corto y divertido. Las quiero.

Elia Marilyn Sorto.

INDICE

CAPÍTULO	PÁG.
Resumen	xi
Abstract.....	xii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
1. Introducción	14
1.1 Planteamiento del Problema	16
1.2 Enunciado del Problema	28
1.3 Formulación del Problema	29
1.4 Preguntas de Investigación	29
1.5 Variables de la Investigación	30
1.6 Objetivos Investigación	31
1.7 Justificación	32
1.8 Viabilidad de la Investigación	32
1.9 Evaluación de las Deficiencias en el conocimiento del problema.....	33
1.10 Alcances y Limitaciones	34
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
AFRONTAMIENTO	
2.1 Antecedentes.....	36
2.2 Teoría del Afrontamiento de Erika Frydemberg	39
2.3 Teoría Transaccional de Estrés y Afrontamiento (Lazarus y Folkman)	43
2.4 Clasificación de Estrategias de Afrontamiento	45
2.5 Estilos de Afrontamiento.....	47
CALIDAD DE VIDA	
2.6 Desarrollo Histórico del Concepto de Calidad de Vida	48
2.7 Modelo de Calidad de Vida Verdugo-Shalock	54
2.8 Teoría de Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud.....	56
2.9 Dimensiones de Calidad de Vida	56

2.10 Teoría de Abraham Maslow	57
CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
3.1 Hipótesis	60
3.2 Operacionalización de Variables	60
CAPÍTULO IV: MÉTODO	
4.1 Diseño de Investigación	62
4.2 Instrumentos	76
4.3 Fiabilidad de las Variables utilizadas en la Investigación	78
4.4 Procedimiento	79
CAPITULO V: RESULTADOS	
5.1 Resultados	81
5.2 Matriz de Correlaciones.....	91
5.3 Medias de Estrategias de Afrontamiento	95
5.4 Medias de Calidad de Vida	97
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	
6.1 Discusión	101
6.2 Conclusiones	108
6.3 Referencias Bibliográficas	110
Anexos	
Anexo 1: Consentimiento Informado	
Anexo 2: Hoja de datos sociodemográficos	
Anexo 3: Inventario de estrategias de afrontamiento	
Anexo 4: Escala de calidad de vida	
Anexo 5: Matriz de correlaciones	
Anexo 6: Tablas de medias de estrategias de afrontamiento y calidad de vida	
Anexo 7: Ubicación geográfica de la zona en estudio	
Anexo 8: Cronograma de actividades	
Anexo 9: Fotografías	
Anexo 10: Cartas de permiso de los Hospitales	

RESUMEN

Esta investigación estableció como objetivo el análisis de la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

Se emplearon dos instrumentos estandarizados uno de ellos fue, el inventario de estrategias de afrontamiento y el segundo la escala de calidad de vida para recolectar datos válidos y confiables los cuales se presentan a través de tablas y gráficas

La población que se determinó fue, adolescentes embarazadas con una muestra de 200 participantes; 50 de cada departamento de la zona oriental. Fue importante estudiar este tema considerando que el embarazo en la adolescencia, es una problemática que afecta a la adolescente de manera psicológica, biológica y social. Los resultados tienen un buen nivel de confiabilidad considerando que los instrumentos tienen un coeficiente alfa-Cronbach (α) = .818 en estrategias de afrontamiento y de (α) = .870 en calidad de vida.

La mayoría de los factores mostraron correlaciones, media, entre sí; no así las variables directas, los instrumentos fueron válidos y pueden utilizarse en el medio laboral salvadoreño, tomando en cuenta las sugerencias a lo largo de la tesis.

Palabras claves: Estrategias de afrontamiento, calidad de vida. Adolescentes embarazadas, datos sociodemográfico.

E-mail: Nancy_caro01@yahoo.es, losan15@hotmail.com, joslynsita@hotmail.com.

ABSTRACT

This research establishes the objective analysis of the relationship between coping strategies and quality of life in adolescents pregnant women attending public hospitals in the Eastern Zone.

We used two standardized instruments one was, the coping strategies inventory and the second the quality of life scale to collect valid and reliable data which are presented through charts and graphs.

The population was pregnant teenagers was determined with a sample of 200 participants, 50 from each department of the east. It was important to study this topic considering that teenage pregnancy is a problem that affects the way adolescent psychological, biological and social. The results have a good level of reliability considering that the instruments have a Cronbach alpha coefficient (α) = .818 in coping strategies and quality of life (α) = .870.

Most of the factors showed correlations average together, not so direct variables, the instruments were valid and can be used in the workplace Salvadoran, taking into account the suggestions throughout the thesis.

Keywords: Coping, quality of life. Pregnant teens, socio-demographic data.

E-mail: Nancy_caro01@yahoo.es, losan15@hotmail.com, joslynsita@hotmail.com.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. Introducción.

Esta investigación se centro en “Analizar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes embarazadas”; considerando que el embarazo, en la adolescencia es una problemática que afecta de manera psicológica, biológica y social; por lo que reduce las oportunidades de desarrollo de forma integral. Además la adolescente puede experimentar rechazo social, familiar o de pareja; afectando su calidad de vida también pueden aparecer síntomas de estrés, ansiedad y depresión, es decir que no cuentan con estrategias de afrontamiento adecuadas para controlar las situaciones estresantes.

En el capítulo I “Introducción”, se presenta el enunciado del problema que consiste en delimitar la situación problemática es decir estadística de adolescentes embarazadas según el Ministerio de Salud, sobre los factores precoces que incide en los embarazos así mismo las consecuencias que pueden producir a nivel psicológico, biológico, familiar, académico y social. Mientras que la formulación del problema se basa en relacionar las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de las adolescentes embarazadas, además se establecen las preguntas de investigación, las variables de la investigación que es estrategias de afrontamiento y calidad de vida así mismo abarca un objetivo general y objetivos específicos. La justificación contiene las cifras altas y preocupantes de las inscripciones prenatales al año, mientras que la viabilidad de la investigación es sobre los recursos disponibles que permitió desarrollar dicho estudio así mismo fue importante evaluar las deficiencias en el conocimiento del problema, en el cual se toma en cuenta los factores que pueden utilizar las adolescentes embarazadas ya sea como factores de riesgo o protectores hacia su calidad de vida y por último en la investigación se presentaron los alcances y limitaciones.

El capítulo II “Marco Teórico”, abarca antecedentes, teorías en base a autores y psicólogos/as, clasificaciones, estilos de afrontamiento, conceptos, características, futuras repercusiones o consecuencias, estadísticas, las etapas emocionales y aspectos que afecta la calidad de vida de las adolescentes durante su embarazo.

En el capítulo III “Sistema de Hipótesis y Operacionalización de Variables”, se determinó el tipo de hipótesis, es decir, hipótesis de investigación y nula así mismo se establece la conceptualización y operacionalización de las variables de investigación.

El capítulo IV “Método”; se establece el diseño de investigación, en el cual abarca el enfoque cuantitativo de la investigación según Sampieri, el contexto de investigación, es decir, tiempo y espacio utilizado para realizar el estudio. También el tipo de investigación en el cual es descriptiva y correlacional, cuya población son adolescentes embarazadas que acudieron al control prenatal en los hospitales de la Zona Oriental de El Salvador, pero la muestra se delimitó a 200 adolescentes embarazadas, 50 de cada departamento y con base a los resultados obtenidos en la investigación se refleja en cuadros y gráficos, los datos sociodemográficas, es decir, edades, estado civil, escolaridad, semanas de gestación, ocupación, procedencia, tipo de familia, religión, con quién vive, quién le aporta ingresos económicos y quién acepta su embarazo. Además se establece como se aplicó, calificó e interpretó los instrumentos utilizados (Inventario de Estrategias de Afrontamiento y Escala de Calidad de Vida), así mismo los procedimientos que se utilizaron para realizar la investigación.

El capítulo V “Resultados”, se presentan las estadísticas de los resultados por cada departamento de la zona Oriental así mismo los resultados estadísticos generales de los instrumentos aplicados. También el cuadro de la matriz de correlaciones entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida, con sus debidas correlaciones con base al coeficiente de Pearson. Así mismo se establece las medias de estrategias de afrontamiento y calidad de vida según datos demográficos, haciéndole énfasis a las altas de cada factor y dominio.

El capítulo VI “Discusión de los Resultados”, en el cual es la comparación entre la teoría y los datos obtenidos en la investigación; las recomendaciones se dirigen a las adolescentes embarazadas, los padres de familia, centros hospitalarios y futuros investigadores. Así mismo se establece las conclusiones, que de que es lo que se logró en la investigación, por último la bibliografía consultada y anexos.

1.1 Planteamiento del Problema.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA DE LA ADOLESCENCIA FEMENINA

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

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la adolescencia el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales.

La OMS define la adolescencia como el periodo de la vida en el cual un individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. En cambio en la ley de protección integral de la niñez y adolescencia de El Salvador se considera que el adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años.

Según Ávila – Espada, Jiménez – Gómez y Gonzales – Martínez (1996) la adolescencia fue definida por varios autores como una etapa de conflictos que se caracteriza por situaciones de crisis de la personalidad y de disturbio emocional, en la que el adolescente se vuelve más vulnerable y más propenso a ser dañado física y psicológicamente por el proceso de cambios en este momento vital y por las exigencias que el medio le plantea. Sin embargo, el autor recalca que existe otra postura para pasar a la adolescencia, que apunta a considerarla no ya como una etapa psicopatológica o generadora de patología sino como un momento en el cual se transita por numerosos cambios que ayudan al crecimiento del sujeto; lo común de ambas posturas es que el adolescente debe atravesar cambios y situaciones propias de la etapa evolutiva.

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LOS CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA.

Los cambios biológicos que se producen en la adolescencia son nuevas potencialidades del desarrollo físico que tienen una importancia repercusión psicológica, donde los púberes

observan y son conscientes de que su cuerpo se transforma y adquiere capacidades adultas en dos sentidos fundamentales:

- ✓ Vía de procreación.
- ✓ Vía de disfrute sexual y de atracción física – erótica.

Las transformaciones que se producen en la etapa de la adolescencia produce consecuencias que afectan la subjetividad del adolescentes que están vinculadas estrechamente a la esfera valorativa, incluida la imagen corporal y también a la valoración que recibe el adolescente en sus relaciones de comunicación con adultos y coetáneos (Domínguez, L. 2003).

Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, sino como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. En este mismo sentido, se puede aseverar que los cambios físicos que ocurren en esta etapa son los responsables de la aparición del deseo sexual.

Por lo tanto los adolescentes tienen preocupaciones que se sienten como abrumados e incapaces y hasta en algunos casos pueden llegar a conducirlos a la depresión profunda o el suicidio. Proponiendo Frydemberg y Lewis ayudar que los adolescentes sean más conscientes de sus estrategias para que puedan a partir de allí reflexionar sobre ellas y eventualmente, las puedan modificar para llegar a ser adultos más sanos. Esta reflexión es fundamental ya que la forma en que los adolescentes afrontan sus problemas puede establecer patrones de conducta para su vida futura, trayendo graves consecuencias individuales y sociales.

La adolescencia ha sido considerada como una etapa en la cual existe un importante riesgo de estrés ya que durante ella se producen muchos cambios que pueden valorarse como estresores porque desequilibra la interacción habitual del sujeto con su medio, por lo que está considerada como un periodo crítico de desarrollo humano. Otro aspecto a destacar es que existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede operar en una persona, el uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce.

El embarazo en la adolescencia se puede considerar una situación de estrés, pues existen mayor vulnerabilidad a padecer desajustes en el equilibrio sujeto – entorno psicosocial debido tanto a las demandas del entorno y de la propia dinámica evolutiva como a las características cognitivas y conductuales que determinan la forma de afrontar esas demandas ya que durante esta situación la resolución de esos desequilibrios dinamiza la evolución individual porque para lograr la misma, el sujeto debe poner en marcha determinados recursos personales o crear otros.

La incapacidad para resolver esas crisis o desequilibrios es lo que lleva a las adolescentes a realizar comportamientos desadaptados, más o menos transitorios y/o problemas psicológicos duraderos. A partir de lo dicho, se comprende que lo patológico o conflictivo no es necesariamente lo característico de la totalidad de los adolescentes sino que el hecho de que un adolescente presente o no un trastorno de la resolución de esos desequilibrios propios de los cambios que se dan en esta etapa, es decir, que la forma de resolución o enfrentamiento del desequilibrio es lo que lo convierte en algo dinamizador o perturbador para el sujeto.

EMBARAZO EN ADOLESCENTE.

Estadísticas.

La alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, solo superada por África, no solo persiste sino que va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región. Entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente.

La mayor proporción de embarazos adolescentes de la región se registra en varios países de Centroamérica como Nicaragua, Honduras y Guatemala, así como en Venezuela, República Dominicana y Ecuador.

Mientras los índices de maternidad tienden a disminuir en todos los grupos de edad de los países de la región, continúan en aumento en el grupo de adolescentes de entre 15 y 19 años. Las adolescentes prácticamente han duplicado su aporte a la fecundidad total,

pasando a representar un 14,3 % en 2000-2005, según la CEPAL. Este incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico, nivel educativo e incidencia de la pobreza, lo que revela la complejidad del fenómeno.

El embarazo adolescente también pone de relieve la violencia sexual contra las mujeres. Una de las regiones más afectadas por este problema es Centroamérica, donde Nicaragua encabeza la lista, ya que el 27 por ciento de las nicaragüenses que tienen entre 15 y 19 años son madres. De la población de mujeres embarazadas en Honduras, el 30 por ciento son menores de 18 años, según registros de la Secretaría de Salud. Según un reciente estudio de la Fiscalía de la Niñez hondureña, el 50 por ciento de los embarazos en menores tienen su origen en violaciones.

En muchos casos, los violadores de las menores de edad son sus familiares. En El Salvador la mayoría de embarazos en adolescentes también están relacionados con la violencia sexual, dijo recientemente el coordinador residente del Sistema de Naciones Unidas en este país centroamericano, Roberto Valent. En 2010, del total de mujeres salvadoreñas víctimas de violencia sexual, un 84 por ciento fueron niñas y adolescentes menores de 20 años y un 16 por ciento menores de 10 años, según datos de la ONU.

Estadísticas En El Salvador.

Más de 490 niñas con edades entre los 10 y 14 años y un aproximado de seis mil 700 entre los 15 y 19, resultan embarazadas al año en la zona oriental, según datos proporcionados por el Ministerio de Salud.

Las embarazadas que se atendieron en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios San Miguel, durante el año 2012 fueron de 12,420 de los cuales 3,577 eran adolescentes, las cuales estaban asociadas a enfermedades como infecciones, hipertensión, preclancia, falso parto, entre otras enfermedades.

Mientras que en Hospital Nacional de San Francisco Gotera, durante el año 2012, se atendieron a 1,637 adolescentes embarazadas, y en lo que va del año 2013 de enero a mayo ya se atendieron 584 casos.

En el Hospital Nacional de La Unión, durante el año 2012 se atendieron 1,080 embarazadas de las cuales 249 eran adolescentes, mientras en lo que va del año 2013 durante los meses de enero a mayo, se han atendido 451, de las que 109 son adolescentes que se encuentran en estado de embarazo.

En el Hospital Nacional General San Pedro de Usulután, durante el año 2012 se atendieron 797 adolescentes embarazadas, mientras en lo que va del año 2013 de enero a junio ya se atendieron 322 casos.

Los embarazos en la adolescencia son un problema social y económico que no hay que perder de vista. Lo alarmante es que en los últimos años aumentó en las menores de edad de los cuatro departamentos orientales. Según la doctora Roxana Zelaya, encargada del programa Médico Prenatal de la Regional de Salud en San Miguel, los embarazos en las adolescentes se da sobre todo en las zonas rurales del país. Agregó que uno de los factores que influye en los embarazos precoces es la cultura machista que impera en el seno de las familias que habitan en el campo. "Cuando los padres ya ven a la niña de unos 15 años, le dicen que se acompañe, pero no saben que ponen en riesgo la vida de sus hijas", manifestó Zelaya.

Otra de las causas señalada por la galena es la violencia intrafamiliar, que las jóvenes viven en sus hogares, así mismo la desintegración familiar, al igual que el abuso sexual en las menores. Según Zelaya, uno de los departamentos que reporta mayor índice de embarazadas adolescentes es Morazán, con un 45 por ciento. En este departamento, al día llegan cerca de seis menores al hospital o unidades de salud para ponerse en control prenatal.

"La menor no está preparada para tener un bebé, debido a que no se ha desarrollado en su totalidad la anatomía", aseguró la colaboradora técnica de provisión de servicios en la Regional de Salud, Miriam Chávez. Afirmó que el año pasado quedaron embarazadas siete mil 219 adolescentes en toda la zona oriental, de estas al 65 por ciento se les tuvo que practicar cesáreas. Debido a que a la mayoría de jóvenes no se les ha desarrollado el útero.

Otras de las consecuencias son los intentos suicidas. Entre 2005 y 2006, la regional de salud registro cinco casos de menores que perecieron, tres de ellas por ingerir veneno para roedores tras conocer que esperaban hijos. En 2007 sólo se reportó un suicidio por la misma causa, mientras que en 2008 no hay casos registrados. Según la Regional de Salud,

los suicidios se deben a que las menores temen ser rechazadas por la sociedad y porque no desean tener al bebé.

El aborto espontáneo es otra consecuencia. El año pasado se registraron mil 164 casos, de los cuales 305 son de mujeres menores y cuyas edades oscilan entre los 10 y 19 años y el resto en el rango de edades de 20 y 59 años. La falta de educación sexual en el área rural es parte de las causas de los embarazos no deseados, según el Ministerio de Salud.

Los casos de embarazos de adolescentes se han incrementado de forma alarmante en Guatemala en los últimos años. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, existen en el país 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes. En Costa Rica el embarazo precoz sigue siendo un problema, mientras que en Panamá la cantidad de menores embarazadas ha disminuido en los dos últimos años.

Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en Suramérica. El Gobierno venezolano lanzó en diciembre pasado campañas publicitarias e inició talleres de educación sexual en las escuelas, mientras que el presidente Hugo Chávez calificó de “alarmantes” las cifras de embarazos precoces y reveló que de los 591.303 partos de 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años. Tras Venezuela, una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17 % de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres.

El Gobierno ecuatoriano se ha planteado como meta reducir para 2013 en un 25 % los embarazos entre adolescentes para lo que invertirá 29 millones de dólares este año y 28 millones en 2013 en una campaña que tiene como eslogan “Habla Serio. Sexualidad sin misterios”. En República Dominicana, donde el 20 % de los embarazos que se registran corresponden a menores de edad, el gobierno también ha puesto en marcha recientemente el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, cuya ejecución está prevista hasta 2016.

Otro aspecto a destacar es el de alta mortalidad materna entre las adolescentes. Los embarazos en adolescentes representan la tercera causa de muerte en la nación caribeña. En Colombia, donde cada día 19 niñas menores de 15 años alumbran un niño y 90 de cada mil adolescentes resultan embarazadas cada año, lo que más preocupa también es la alta

mortalidad de mujeres gestantes pese a que el 97 % de los partos son atendidos en hospitales.

El 15,6 por ciento de los nacidos vivos en Argentina son de madres adolescentes, pero la cifra aumenta en las provincias más pobres del país, como la noroesteña Chaco, donde asciende al 25,7 por ciento, según datos oficiales. En el otro extremo se encuentra la ciudad de Buenos Aires, donde el 6,8 por ciento de los niños son de madres menores de 20 años.

En Uruguay, el porcentaje de embarazos adolescentes es similar al del resto de Sudamérica. Entre 2000-2005 fue de 64 cada 1.000 mujeres. Las mujeres paraguayas comienzan su etapa reproductiva a edad temprana- el 10,2% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 45,5 por ciento de las jóvenes de 20 a 24 años han tenido al menos un embarazo.

Paraguay registra una tasa alta de fecundidad adolescente, con 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres, según datos de 2008. En Bolivia también preocupa el aumento de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años, que subió de 18 % en 2008 a 25 % en 2011, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Mientras en Perú, un 13,5 % de adolescentes entre 15 y 19 años están embarazadas o ya son madres (unas 4.279), según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) de 2011, una cifra que se ha mantenido casi sin variación durante los últimos 10 años. Una de las tasas de fecundidad general más bajas de América Latina y el Caribe la tiene Cuba, aunque ese indicador general se supera en grupos específicos como las mujeres de entre 15 y 24 años de edad.

DEFINICION DE ADOLESCENCIA.

En el Manual de Medicina de la Adolescencia, Torres J. Silber y colaboradores definen el embarazo en la adolescencia como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero igual edad de la menarquía), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado síndrome de fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

El embarazo no planificado desempeña un papel fundamental en la determinación de las oportunidades futuras de la joven ya que puede desorganizar su vida, su educación y relación familiar.

Según González, citado en Molina 1991, el embarazo en adolescentes es un evento inesperado, sorpresivo que se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.

ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO.

Características de actitud de las adolescentes ante el embarazo según la Universidad de las Américas:

- ✓ El embarazo en la adolescencia temprana (10 – 13 años): La incertidumbre por su apariencia física y los cambios que están aconteciendo, enfrentar la maternidad provoca depresión, aislamiento y en algunos casos puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica.
- ✓ Adolescencia media (14 – 16 años): el embarazo puede ser visto como una amenaza de peligro o una oportunidad que brindara madurez. Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa con gran preocupación por las responsabilidades que se le vienen encima.
- ✓ Adolescencia tardía (17 – 19 años): ya se debe haber establecido sin mayores problemas de 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 maternos protectores y sensación de anticipación del bebe además el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Consecuencias psicológicas.

Algunos autores afirman que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un “Síndrome del fracaso”, ya que la adolescente suele fracasar en el logro de metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, 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.

Es posible que ya no podrá seguir participando con su grupo de pares, dejaran de crecer con su grupo, con lo cual pierden una importante fuente de satisfacción social y psicológica también un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí misma, autoestima e identidad personal.

Es probable que la adolescente sufra rechazo a causa de su embarazo, la madre recibe desprecio, violencia y discriminación de parte de los demás.

La pareja suele presentar frustración y malestar psicológico además se consideran que no cuentan con habilidades, destrezas y competencias que como pareja pueden exhibir en la complicada tarea de ser padres. Además se caracterizan por ser de menor duración e inestables ya que muchos se formalizan forzosamente debido al embarazo.

Todos esos conflictos y sentimientos de insatisfacción generan gran dificultad en la adolescencia 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 bebe o aceptación aparente sin asumir la responsabilidad completa.

Consecuencias Familiares.

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 esta familia.

Además la adolescencia experimenta una pérdida de autonomía que las obliga a aceptar la ayuda de sus padres cuando ya creían que empezaban su camino a la independencia.

ETAPAS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Primer Trimestre.

Predominan la sorpresa, la angustia, la preocupación pero sobre todo la negación, paralelamente algunos malestares físicos pueden interferir en el estado de ánimo, suelen

aparecer temores con respecto a la permanencia de la gestación. Por eso muchas adolescentes eligen no comunicar su estado hasta que es casi imposible esconder la situación, es común que se repliegue el deseo sexual y que se esté con ganas de llorar o más sensibles, hay cansancio y un cierto desinterés por cualquier otro tema que se relacione con la gestación.

Segundo Trimestre.

Se recupera el buen estado físico pero aparece la ansiedad porque se empieza a sentir vida dentro del organismo de la adolescente, la cual en muchos casos termina en un stress agotador y desgastante tanto para la adolescente como para el bebe. La embarazada se aleja más de la familia, amistades y en ocasiones de la pareja.

Tercer Trimestre.

Se trata de una etapa de muchos cambios: no sólo se modifica el cuerpo de la adolescente (por dentro y por fuera), sino también su sensibilidad; es frecuente que el estado de ánimo se altere sin mayores "razones". Y aunque el embarazo no es una enfermedad, trae como consecuencia muchos cambios que demandarán cuidados especiales para garantizar el bienestar y calidad de vida de la adolescente. En ocasiones en esta etapa del embarazo la negación y rechazo a la situación sigue presente y puede incrementarse notablemente también la angustia se desencadena a consecuencia del cercano nacimiento del bebe.

El embarazo en la adolescencia abarca diversos aspectos que afecta la calidad de vida de la adolescente:

- **Aspectos físicos.**

La mayoría de las adolescentes están más cansadas que lo habitual al inicio del embarazo, esta sensación es perfectamente comprensible, ya que la adaptación no es sencilla y su cuerpo tiene mucho por hacer en las primeras semanas.

Así mismo el cuerpo cambia la forma de utilizar el agua, proteínas, hidratos y grasas; la combinación de estos profundos cambios y mucho otros se traducen en la fatiga y desinterés por hacer alguna actividad física además es importante que a eso se suman los sentimientos y preocupaciones que repercute en su calidad de vida.

- **Aspectos sociales.**

Por el temor a la reacción de su pareja, grupo familiar, amigos y maestros, incide a una actitud de rechazo y ocultamiento a su embarazo generando un comportamiento que conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento.

Además la adolescente embarazada se siente juzgada y criticada, que a menudo desarrolla sentimientos de retraimiento y busca el aislamiento social.

- **Aspectos psicológicos.**

La adolescente se enfrenta a las inquietudes propias del embarazo, se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva imagen corporal; teme a las molestias del parto, se angustia por la actitud del padre, a ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlos; dejar de divertirse, atender a su bebé y amamantarlo cada vez que llore, entre otros aspectos, que pueden provocar estrés, fatigas, desinterés y trastornos de la personalidad, en fin una inadecuada calidad de vida.

Pero al inicio del embarazo se evade la responsabilidad de un ser, por lo que existen un bombardeo de ideas y pensamientos en relación al mismo, que en la mayoría de los casos la respuesta que se obtiene durante todo el embarazo no hace más que causar daño a la adolescente como al bebé que está por nacer así mismo se rodean de eventos no favorecedores para su situación. Los resultados de estos modos de responder provienen de la falta de valores tanto emocionales, sociales y sobre todo psicológico, en especial la autoestima. Que en el caso de las adolescentes embarazadas usualmente es baja y sus características son:

- Falta de credibilidad en sí mismas, inseguridad. ¿Seré capaz con esta responsabilidad?
- Atribuyen a causas internas sus dificultades, incrementando las justificaciones personales.
- Desciende su rendimiento.
- Falta de habilidades sociales adecuadas para resolver situaciones conflictivas
- No se les realizan críticas constructivas y positivas.
- Aparece un incremento de los temores y del rechazo social y por lo tanto, inhibición para participar activamente en las situaciones.

Junto con la baja autoestima de las adolescentes aparece otra situación importante como es el auto concepto; ¿cómo soy yo?, ¿por qué me paso esto a mí, me lo merecía?, dividiéndose en niveles que si no se integran y desenvuelven al mismo tiempo, no se obtienen resultados positivos.

- Nivel cognitivo - intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Las adolescentes basan su auto concepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre su persona.
- Nivel emocional afectivo: es un juicio de valor sobre ciertas cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que las adolescentes ven en ellas.
- Nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

Sin embargo los factores que determinan el auto concepto son:

- La actitud o motivación: es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantearse los porqués de las acciones, para no dejarse llevar simplemente por la inercia o la ansiedad.
- El esquema corporal: supone la idea que tienen de su cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia ellas mismas.
- Las aptitudes: son las capacidades que poseen para realizar algo adecuadamente (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.).
- Valoración externa: es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre ellas. Son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social, etc.

Siendo esta falta de organización de valores típica de la etapa, pues la adolescente se encuentra en un proceso de cambio y desarrollo, durante el cual va incorporando una nueva concepción del mundo pero aún se guía por criterios valorativos externos y convicciones inestables, estereotipadas y variables.

1.2 Enunciado del Problema.

Más de 490 niñas con edades entre los 10 a 14 años y un aproximado de seis mil 700 entre los 15 a 19, resultan embarazadas al año en la zona oriental, según datos proporcionados por el Ministerio de Salud.

Los embarazos en la adolescencia son un problema social y económico que no hay que perder de vista. Lo alarmante es que en los últimos años aumentó en las menores de edad de los cuatro departamentos orientales. Según la doctora Roxana Zelaya, encargada del programa Médico Prenatal de la Regional de Salud en San Miguel, los embarazos en las adolescentes se da sobre todo en las zonas rurales del país. Agregó que uno de los factores que influye en los embarazos precoces es la cultura machista que impera en el seno de las familias que habitan en el campo. "Cuando los padres ya ven a la niña de unos 15 años, le dicen que se acompañe, pero no saben que ponen en riesgo la vida de sus hijas", manifestó Zelaya. (Dra. Roxana Zelaya, San Miguel 2008 <http://www.elsalvador.com/>).

Otra de las causas señalada por la galena es la violencia intrafamiliar que las jóvenes viven en sus hogares, al igual que el abuso sexual en las menores. Según Zelaya, uno de los departamentos que reporta mayor índice de embarazadas adolescentes es Morazán, con un 45 por ciento. En este departamento, al día llegan cerca de seis menores al hospital o unidades de salud para ponerse en control prenatal.

"La menor no está preparada para tener un bebé, debido a que no se ha desarrollado en su totalidad la anatomía", aseguró la colaboradora técnica de provisión de servicios en la Regional de Salud, Miriam Chávez. Afirmó que el año pasado (2012) quedaron embarazadas siete mil 219 adolescentes en toda la zona oriental, de éstas al 65 por ciento se les tuvo que practicar cesáreas. Esto debido a que a la mayoría de jóvenes no se les había desarrollado el útero.

Otras de las consecuencias son los intentos suicidas. Entre 2005 y 2006, la regional de salud registro cinco casos de menores que perecieron, tres de ellas por ingerir veneno para roedores tras conocer que esperaban hijos. En 2007 sólo se reportó un suicidio por la misma causa, mientras que en 2008 no hay casos registrados. Según la Regional de Salud, los suicidios se deben a que las menores temen ser rechazadas por la sociedad y porque no desean tener al bebé.

El aborto espontáneo es otra consecuencia. El año pasado se registraron un mil 164 casos, de los cuales 305 son de mujeres menores y cuyas edades oscilan entre los 10 a 19 años y el resto en el rango de edades de 20 a 59 años. La falta de educación sexual y salud reproductiva en el área rural, es parte de las causas de los embarazos no deseados, según el Ministerio de Salud.

Considerando el embarazo en la adolescencia, que es una problemática que afecta a la adolescente de manera psicológica, biológica y social; por lo que reduce las oportunidades de desarrollo de forma integral, viviendo así en un ambiente de limitación ya sea acceso a educación o capacitación para la integración de la fuerza productiva. Además la adolescente puede experimentar rechazo social, familiar o de la pareja. Otro aspecto importante, es que sufre la pérdida de autonomía, además de interrupciones de sus estudios, relaciones grupales. Todos estos aspectos deterioran su calidad de vida, pueden aparecer síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Todo esto se considera porque no cuentan con estrategias adecuadas de afrontamiento que le permitan controlar las situaciones estresantes. La identificación de las estrategias de afrontamiento con las cuales cuenta la adolescente, nos lleva a considerar los recursos que disponen, los mismos que contribuyen en el crecimiento y desarrollo saludable además que le permitan afrontar las situaciones de riesgo que se le presentan.

1.3 Formulación del Problema.

¿Cómo se relacionan las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de las adolescentes embarazadas que son atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental?

1.4 Preguntas de Investigación.

- 1- ¿Qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizan las adolescentes?
- 2- ¿Cuál es la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de las adolescentes embarazadas?
- 3- ¿Cuáles son las características sociodemográficas que presentan las adolescentes embarazadas?

1.5 Variables de la Investigación.

Estrategias de Afrontamiento.

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

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

Las formas cómo el individuo hace frente a experiencias percibidas como estresantes constituyen las estrategias de afrontamiento. Se puede pensar en una diferenciación entre estas estrategias y los denominados mecanismos de defensa; aquellas operan en el nivel consciente, en tanto que estos son básicamente inconscientes. Por tratarse de un constructo relativamente nuevo dentro del ámbito psicológico, no existen criterios consensuados en cuanto al tipo y número de estrategias que manejan las personas. En la literatura científica se encuentran diferentes propuestas explicativas y clasificatorias (Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K., 1989)

Calidad de vida.

Es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí, es decir, informalmente la calidad de vida es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social. La calidad de vida como un concepto identificado con el movimiento de avance innovación y cambio en

las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, organización y del sistema social. Conlleva un movimiento de avance e innovación en prácticas y servicios generando resultados que se traducen en la vida cotidiana de las personas con discapacidad, de los centros y servicios así mismo de la sociedad.

Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (OMS 2005).

1.6 Objetivos de Investigación.

Objetivo General:

Analizar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes embarazadas que son atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

Objetivos Específicos:

- Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas que son atendidas en hospitales públicos.
- Determinar el índice de calidad de vida de las adolescentes embarazadas.
- Identificar las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.
- Determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida de las adolescentes embarazadas.

1.7 Justificación.

Tomando en cuenta que en el Salvador, de 100 mil inscripciones prenatales al año, 33.2 por ciento son de mujeres adolescentes, lo cual es una cifra muy alta y preocupante; se considera que estas jóvenes que se encuentran en estado de embarazo, no están preparadas tanto biológica, psicológica, ni social, a esto se le suma la crisis del embarazo que es una sub crisis provocada por la presencia de una vida en el vientre, que compromete a estas jóvenes con una responsabilidad y madurez que no han desarrollado totalmente.

Con la presente investigación se pretende analizar la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes embarazadas, elaborando así un diagnóstico de la capacidad resolutive de estas.

La comprensión que tengamos del tema permitirá dar mayores alcances a los profesionales clínicos en el campo de la prevención de salud mental de las adolescentes embarazadas en la zona oriental.

Así mismo nos interesa identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas que son atendidas en hospitales públicos; como también determinar el índice de calidad de vida de las adolescentes embarazadas.

También se considera importante identificar las características sociodemográficas de las jóvenes. Por otra parte determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y su calidad de vida.

1.8 Viabilidad de la Investigación.

La investigación fue viable, porque se dispuso de los recursos necesarios para desarrollarla. Se obtuvo la autorización de los directores de los hospitales nacionales seleccionados para poder realizar el estudio, asimismo se logró el apoyo de la unidad para la atención integral en salud para adolescente; también se adquirió el consentimiento de las adolescentes para ser evaluadas, con los instrumentos y así identificar las estrategias de afrontamiento y calidad de vida.

Se contó con diversas teorías explicativas de las estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Además el número de integrantes del equipo de trabajo proporciono accesibilidad para realizar la investigación durante el tiempo estimado.

1.9 Evaluación de las Deficiencias en el Conocimiento del Problema.

Estudiar lo que les preocupa a las jóvenes y cómo afrontan esta situación, sobre todo en este momento de sus vidas en el que tienen que continuar en el proceso de adaptación a los cambios internos y externos, desde manejar las presiones familiares de la sociedad, falta de apoyo por parte de su pareja. También es necesario conocer las capacidades y recursos con los que cuentan las adolescentes para poder afrontar exitosamente esta situación.

Determinar cuáles son los factores, tanto personales, socioculturales que aumenten o disminuyen la probabilidad de que este acontecimiento influya de manera negativa en las adolescentes. También es importante determinar si el factor económico brinda estabilidad a sus vidas. Analizar en qué medida los estilos de afrontamiento no productivos, pueden ser factores de riesgo en la calidad de vida.

En este estudio, interesa establecer las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas, porque el problema que se presenta es que están transitando por el difícil camino de transformarse en una mujer adulta, y a la crisis de la adolescencia, desencadenada por los cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales.

El tener conocimiento sobre las preocupaciones y el modo de afrontamiento permitirá determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan y cuáles son las que ayudan como fortaleza o protectora para evaluar la calidad de vida como satisfactoria. Los resultados servirán para revitalizar la importancia del afrontamiento en adolescentes y ser usados como herramientas para implementaciones de programas especiales, para ayudar a mejorar la capacidad de afrontamiento y contribuir con ello a la calidad de vida.

1.10 Alcances y Limitaciones.

Alcances:

- Obtener la autorización de los hospitales departamentales de la zona Oriental para realizar la investigación.
- Se logró aplicar las escalas a las 200 adolescentes de hospitales departamentales de la zona Oriental para realizar la investigación.
- Se logró determinar la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida de las adolescentes embarazadas.
- Conocer las estrategias de afrontamiento que más utilizan las adolescentes embarazadas de cada departamento de la zona Oriental.
- Conocer las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas que son atendidas en hospitales públicos
- Aportar a los programas de adolescentes embarazadas información relevante para mejorar el bienestar integral de estas menores.

Limitaciones:

- Las investigaciones precedentes sobre este tema son deficientes en nuestro medio.
- La comprensión de los cuestionarios por parte de las adolescentes.
- Reunir las 50 adolescentes embarazadas de cada departamento de la zona Oriental.
- Resistencia de las adolescentes embarazadas para responder los instrumentos de evaluación.
- Interpretar los resultados de los instrumentos de evaluación y relacionarlos entre sí debido a la cantidad numerosa de adolescentes embarazadas entrevistadas.
- Disponer de un espacio adecuado para reunir a las adolescentes embarazadas entrevistadas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

AFRONTAMIENTO

2.1 Antecedentes.

El trabajo teórico en afrontamiento y mecanismos de defensa comenzó con Freud (1923), y luego fue desarrollado por su hija Ana en 1936. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se subordinaba a la defensa (que se consideraba un proceso principalmente inconsciente), y los estresores eran principalmente de origen intrapsíquico (Casullo, 1998). En los años 60 los investigadores giraron su atención del afrontamiento defensivo hacia el estrés, produciendo una extensa literatura al respecto.

En la actualidad, según lo señala Casullo (1998) la investigación sobre el afrontamiento utiliza varios insights de la tradición de las defensas psicodinámicas, pero con algunos cambios importantes:

1. La mayoría de los esfuerzos de afrontamiento devienen de estresores externos.
2. Las respuestas mismas son consideradas estrategias conscientes para el sujeto.
3. El individuo, como consecuencia, puede informar directamente lo que hace, sin necesidad de que un analista interprete su defensa.
4. Antes las respuestas estaban determinadas primordialmente por las variables personales.

Actualmente reciben igual atención las características personales que las de la situación estresante (concepto de transacción).

Casullo (1998) señala que el afrontamiento, a diferencia de las defensas tiene un carácter intencional y deliberado; parte del análisis de la situación y busca hacer frente a las demandas percibidas. Otra diferencia con las defensas es que éstas son poco flexibles, y su modo de acción persigue, básicamente distorsionar la realidad para facilitarle al sujeto una ilusión protectora.

En relación con las estrategias de afrontamiento, su delimitación conceptual es poco precisa, ya que su definición y clasificación ha estado unida al desarrollo de instrumentos de medida de las mismas.

Entre las diferentes clasificaciones del afrontamiento se encuentra la de Compas, Mallaren y Fondacaro (1988), que lo divide en:

1. Disfuncional; en este tipo de afrontamiento no hay un adecuado manejo y expresión de sentimientos.

Incluye también aquellas situaciones en que la acción es inhibida.

2. Funcional; en este tipo de afrontamiento se generan soluciones alternativas y se realizan acciones concretas para resolver el problema.

Billing y Moos (1986) clasifican al afrontamiento según el tipo de estrategia utilizada, de la siguiente manera:

1. Estrategias activo comportamentales; aluden a los intentos comportamentales para resolver el problema planteado.

2. Estrategias activo cognitivas; hacen referencia a los esfuerzos por manejar la percepción del nivel de estrés producido.

3. Estrategias de evitación; son los intentos por evitar el problema o reducir la tensión indirectamente a través de comportamientos como comer o fumar más.

Como ya se señaló, Lazarus y Folkman (1986) identificaron dos tipos particulares de estrategias:

1. Estrategias enfocadas en el problema; Son las acciones concretas y directas que el sujeto realiza para cambiar la situación amenazadora.

2. Estrategias enfocadas en la emoción; Son aquellas que tienden a controlar los sentimientos para aminorar el impacto sobre el sujeto.

Pearlin y Schooler (1978) agregaron a esta clasificación un tercer tipo de estrategia, que serían las enfocadas en la percepción, cuyo fin es alterar el significado de las dificultades situacionales para que se perciban como menos amenazadoras.

En algunos trabajos sobre esta temática se han relacionado los estilos de afrontamiento con variables como la edad, el origen étnico, el sexo o el tipo de problema que se presenta (Frydenberg y Lewis, 1991).

También se ha relacionado este constructo con variables como la adaptación en los adolescentes (Arjona Arcas y Guerrero Manzano, 2003), o el logro académico (Massone y González, 2003).

Frydenberg (1989) considera que antiguamente se ha estudiado el afrontamiento en los adolescentes desde la óptica de los adultos, pero que recién en los últimos años se han

realizado investigaciones para desarrollar instrumentos que reflejaran adecuadamente la conducta de afrontamiento de los adolescentes. (Dise-Lewis, 1988).

Casullo y Liporace (2001), siguiendo la propuesta de Frydemberg, realizaron un estudio descriptivo que permitió comparar las estrategias empleadas por adolescentes argentinos, según la edad, el género y la región (Buenos Aires, Tucumán y Patagonia).

En relación a la existencia de una investigación que se ocupara de relacionar al bienestar psicológico con las estrategias de afrontamiento en adolescentes, se puede mencionar el trabajo realizado por Contini, Figueroa, Imach y Coronel, que evalúa en el 2003 la presencia de estos constructos en jóvenes de 13 y 14 años escolarizados de Tucumán. El principal objetivo de la misma fue conocer las estrategias de los sujetos con mayor bienestar y comparar los resultados por género.

Según Olson y Mc Cubbin (1989) en las investigaciones recientes sobre este tema se destacan dos aspectos básicos: por un lado se considera al afrontamiento como un proceso y por el otro, se señala la eficacia del mismo.

Desde esta consideración el afrontamiento sería, entonces, un proceso que pone en marcha un individuo para hacer frente a las situaciones estresantes, aunque no siempre la puesta en marcha de ese proceso garantice el éxito. Si, al hacerlo, se soluciona la situación problemática, el individuo repetirá la misma estrategia ante situaciones similares, pero, en caso contrario, el sujeto buscará otro recurso. Así, según Fernández Abascal (1997) estaríamos ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

Desde un enfoque salugénico, la identificación de las estrategias de afrontamiento de los adolescentes es fundamental, ya que nos lleva a considerar los recursos que disponen y que pueden contribuir con el crecimiento y el desarrollo saludable de los mismos.

Según Rutter (1983) la mayoría de los estudios realizados sobre esta temática indican que el mayor empleo de estrategias tendientes a resolver el problema o buscar apoyo social, está directamente asociado con los sentimientos de bienestar y buena salud.

El presente trabajo avanza en la misma dirección, buscando establecer si existe o no una correlación estadística positiva entre los constructos mencionados.

TEORIAS.

2.2 Teoría del Afrontamiento de Erica Frydemberg.

Erica Frydemberg (1997) define al afrontamiento como; las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas.

La autora antes citada afirma que es fundamental que el psicólogo identifique las estrategias de afrontamiento de los adolescentes con los que se relaciona, para poder así conocer sus sentimientos, ideas y conductas. También señala la importancia de su estudio e identificación, al afirmar que estas estrategias pueden repercutir en el nivel de bienestar psicológico de cada sujeto.

E. Frydemberg considera que es muy importante dedicarse a estudiar a los adolescentes en general, argumentando que en esta etapa del ciclo vital se desarrollan competencias psicosociales muy importantes para el presente y el futuro del cada sujeto.

En 1997 Frydemberg y Lewis señalaron que la adolescencia es una fase del desarrollo en el que se producen retos y obstáculos de especial importancia. En primer lugar, en la adolescencia, es necesario el logro del desarrollo de la propia identidad y conseguir la independencia de la familia, manteniendo, al mismo tiempo, la conexión y pertenencia al grupo de pares. En segundo lugar, los autores mencionados señalan que se produce una transición de la infancia a la edad adulta, caracterizada por cambios fisiológicos y un desarrollo cognitivo importante.

El individuo en ese momento se ve exigido a cumplir ciertos papeles sociales en relación a sus compañeros y a los miembros del otro sexo, y al mismo tiempo, a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su carrera profesional. Cada uno de estos pasos del desarrollo requiere de una capacidad de afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectivas, como ya se señaló anteriormente.

Señalan también que cada vez más los adolescentes tienen preocupaciones que sienten como abrumadoras o incapacitantes y hasta en algunos casos, pueden llegar a conducirlos a la depresión profunda o el suicidio.

Los cambios emocionales y sociales de esta etapa influyen en la sociedad y a su vez, el joven también es influido por ella, por lo cual, la forma en que los adolescentes afrontan sus problemas tienen una importancia para el bienestar individual e importancia social.

Los autores señalados proponen ayudar a que los adolescentes sean más conscientes de sus estrategias, para que puedan, a partir de allí, reflexionar sobre ellas, y, eventualmente, las puedan modificar para llegar a ser adultos más sanos.

Esta reflexión es fundamental, ya que la forma en que los adolescentes afrontan sus problemas puede establecer patrones de conducta para su vida futura, trayendo graves consecuencias individuales y sociales.

También Frydemberg y Lewis (1997) proponen el uso de los centros escolares como un lugar importante para cuidar la salud y el bienestar de los jóvenes a través de la ayuda que allí pueda brindárseles con el fin de mejorar sus estrategias.

En relación al estrés, E. Frydemberg, en 1997, agrega el concepto de valoración terciaria a los dos tipos de evaluación cognitiva propuestos por Lázarus y Folkman (1986).

Con este nuevo concepto alude a aquella valoración que se produce una vez que se conocen los resultados de las estrategias instrumentadas para tratar de resolver la situación. El sujeto analiza la eficacia de ellas para decidir si continúa o no con su curso de acción. Esto implica que el camino para enfrentar una situación estresante lleva a reiniciar los procesos de valoración (primaria y secundaria) ya mencionadas.

En el adolescente las estrategias de afrontamiento parecen ser el resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas, que constituyen un estilo de afrontamiento particular, y determina las estrategias situacionales. E. Frydemberg identifica tres estilos de afrontamiento que serán desarrollados con posterioridad.

Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003) señalan que el estilo consiste en «predisposiciones personales para hacer frente a las diferentes situaciones, siendo éstas las que determinan las estrategias y su estabilidad temporal y situacional».

E. Frydemberg (1989) enuncia la existencia de dos tipos de afrontamiento: el general; modo en que se enfrenta cualquier situación y el específico ; forma de enfrentar una situación particular. De ahí que, al elaborar su instrumento de evaluación de las estrategias, busque medir los dos componentes por separado (parte 1 y 2).

Luego de atravesar por diferentes fases del desarrollo de la prueba (ACS), Frydemberg elaboró el instrumento final que contiene 80 elementos (79 cerrados y 1 abierto), agrupados en 18 escalas, que reflejan 18 estrategias de afrontamiento.

En el último elemento (abierto) se le pide al sujeto que describa conductas que sean diferentes de las 79 restantes ya citadas (estrategias alternativas que pudieran surgir).

Las 18 estrategias mencionadas son:

AS. Buscar Apoyo Social: Consiste en compartir el problema con los demás y conseguir ayuda.

RP. Centrarse en Resolver el Problema: Se dirige a abordar el problema sistemáticamente, teniendo en cuenta distintos puntos de vista para alcanzar la solución.

ES. Esforzarse y Tener Éxito: Son las conductas de trabajo e implicación personal.

PR. Preocuparse: Se refiere al temor por el futuro o a la preocupación por la felicidad posterior.

AI. Invertir en Amigos Íntimos: Esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal íntima.

PE. Buscar Pertenencia: Preocupación o interés en las relaciones con los demás, y específicamente por lo que los otros piensan de uno.

HI. Hacerse Ilusiones: Se refiere a las expectativas de que todo tendrá un final feliz.

NA. Falta de Afrontamiento: Es la incapacidad para enfrentar el problema y la tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos.

RT. Reducción de la Tensión: Intento de sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión.

SO. Acción Social: Consiste en dar a conocer a otros la preocupación que se tiene y buscar apoyo organizando actividades como reuniones, peticiones, etc.

IP. Ignorar el Problema: Esfuerzo consiente por negar o desentenderse del problema.

CU. Auto inculparse: El sujeto se ve a sí mismo como el culpable de su dificultad.

RE. Reservarlo Para Sí: El sujeto tiende a aislarse y a impedir que otros conozcan su preocupación.

AE. Apoyo Espiritual: Tendencia a rezar y creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual frente a los problemas.

PO. Fijarse en lo Positivo: Visión optimista de la situación presente y tendencia a ver el lado bueno de las cosas y sentirse afortunado.

AP. Buscar Ayuda Profesional: Uso de consejeros profesionales como maestros o psicólogos.

DR. Distracciones relajantes: Situaciones de ocio y relajantes como la lectura o la televisión.

FI. Distracciones Físicas: Dedicación al deporte, el esfuerzo físico y a mantenerse en forma.

Compas (1988), y Frydemberg y Lewis (1991), consideran que las estrategias pueden ser agrupadas de manera tal que conforman tres estilos de afrontamiento, los que representan aspectos funcionales y disfuncionales.

Estos son:

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

2. Estilo de afrontamiento en relación con los demás: Consiste en acercarse a otros para obtener apoyo.

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

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

Frydemberg (1997) plantea que el más adecuado para determinar el éxito de una estrategia es el propio sujeto, que, desde lo personal, se pregunta si su acción tuvo el éxito esperado por él.

Las investigaciones acerca de la influencia del afrontamiento sobre la adaptación (Arcas y Manzano, 2003) revelan, al seguir el modelo de Frydemberg, que las estrategias activas y orientadas hacia el problema moderan la influencia adversa de los sucesos de vida negativos sobre el funcionamiento psicológico.

La mayor proporción de estrategias enfocadas hacia el problema en relación al total de los esfuerzos, ha sido asociada con menos presencia de depresión. Además, las estrategias que implican negociación y comparaciones optimistas han sido relacionadas con reducciones en el estrés concurrente, y con una disminución en la cantidad de futuros problemas.

Finalmente, se puede agregar que, E. Frydemberg (1997) afirma que las estrategias de afrontamiento pueden repercutir directamente sobre el estado de bienestar psicológico del sujeto.

2.3 Teoría Transaccional de Estrés y Afrontamiento. (Lazarus y Folkman).

El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) Ha tenido gran aceptación entre los científicos aportando una importante conceptualización del afrontamiento. Genero además, una gran cantidad de trabajos estudios que analizan los modos en que las personas enfrentan las dificultades y las situaciones estresantes en sus vidas.

Como ya se mencionó anteriormente la concepción teórica desarrollada por Lazarus y Folkman (1984), mantiene que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y en un segundo momento, si esa situación de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de las situaciones (Valoración secundaria).

La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento, entendiendo a esta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes.

Desde aquí Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como aquel esfuerzo cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos.

Los autores procedentes citados conciben que el afrontamiento constituya un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan además que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

El afrontamiento es definido por Everly (1989) como un refuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales.

Cada persona tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje, por hallazgo fortuito en una situación de peligro. A su vez, las estrategias de afrontamiento pueden resultar según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas. Las primeras reducen el estrés solo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

En este punto, se hacen preciso diferencias los estilos de afrontamiento de las estrategias de afrontamiento. "Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández Abascal 1997).

Así, mientras los estilos de las estrategias de afrontamiento son las formas habituales, relativamente estables, que tienen una persona para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y estaba influido por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas del diario vivir.

En relación a las estrategias de afrontamiento, su definición conceptual ha estado generalmente ligada al desarrollo de los instrumentos de medida de las mismas. Más allá de las diferencias, diversos autores coinciden en señalar que se entiende por estrategias de afrontamiento el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas t reducir las tensiones que esta situación le genera (Casullo y Fernández Liporace 2001).

Se podría decir que las estrategias utilizadas dependen de la combinación de múltiples factores en los que destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y por el otro, las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales.

2.4 Clasificación de Estrategias de Afrontamiento.

Los diferentes intentos realizados por los autores por clasificar las estrategias de afrontamiento (Meichenbaum y Turk, 1982): Endler y Parker, 1990; Lazarus, Folkman, Dunkel-Scetter, De Longis y Gruñe, 1986. Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias afrontamiento:

- 1- Confrontación: Constituyen los esfuerzos de un sujeto para alternar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
- 2- Planificación: Apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
- 3- Aceptación de la responsabilidad: Indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como "hacerse cargo".
- 4- Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el adolescente por apartarse o alejarse del problema, evitando que este le afecte.
- 5- Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- 6- Reevaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
- 7- Escape o evitación: A nivel conductual implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más en lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. en general, apunta a desconocer el problema
- 8- Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apunta a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas.

Además los autores citados precedentemente señalan que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo, pensar positivamente es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social.

Más adelante, Fernández – Abascal (1997) realizó un exhaustivo listado de las estrategias de afrontamiento que fueron definidas en la literatura científica. Se identificaron 18 estrategias diferentes y se construyó la escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Por su parte, dado que el afrontamiento de una situación no equivale a tener éxito, a veces pueden funcionar bien y otras mal, según las personas, sus circunstancias y contextos, este será eficaz cuando permita el individuo tolerar, minimizar y aceptar o incluso ignorar aquello que no puede dominar o controlar.

Siguiendo a Olson y Mc Cubbin (1989) Señalan la importancia de entender al afrontamiento como un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscara otro recurso. Así, y según Fernández – Abascal (1997), estaríamos ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

Fridenberg (1989) considera que anteriormente se ha estudiado el afrontamiento en los adolescentes desde la óptica de los adultos, pero que recién en los últimos años se han realizado investigaciones para desarrollar instrumentos que reflejaran adecuadamente la conducta de afrontamiento de los adolescentes (Dise-Lewis, 1988).

Casullo y Liporace (2001), siguiendo la propuesta de Frydemerg, realizaron un estudio descriptivo que permitió comparar las estrategias empleadas por adolescentes Argentinos, según la edad, el género y la región.

Según Rutter (1983) la mayoría de los estudios realizados sobre esta temática indican que el mayor empleo de estrategias tendientes a resolver el problema o buscar apoyo social, está directamente asociado con los sentimientos de bienestar y buena salud. Para Holroyd y Lazarus (1982) las estrategias de afrontamiento, exitosas o no, pueden determinar que un individuo experimente o no el estrés. De esta manera los autores citados enfatizan la importancia de contar con estrategias efectivas que sirvan para mejorar con eficacia las demandas internas y externas.

Holroyd y Lazarus (1982) identificaron dos tipos de estilos o funciones básicas de afrontamiento.

2.5 Estilos de Afrontamiento.

Dirigidos a solucionar el problema: radica en trabajar para resolver la situación problemática, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso.

Abarca las siguientes estrategias: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, distracciones relajantes y distracción física.

En relación con los demás: consiste en acercarse a otros para obtener apoyo, abarca las siguientes estrategias: apoyo social, amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, apoyo espiritual y buscar apoyo profesional.

Improductivo: se trata de una combinación de estrategias improductivas de evitación que muestra una incapacidad empírica para afrontar los problemas. Abarca las siguientes estrategias: preocuparse, hacerse ilusiones, no afrontamiento, reducción de tensión, ignorar el problema, auto inculparse y reservarlo para sí.

Las estrategias varían de persona a persona, teniendo variación en las respuestas: pensamiento y acciones (Arratibel, 2006). Sin embargo, aunque se han dado discusiones al respecto de que estilos de afrontamiento utilizar y cuales evitar, Zimmer-Gembeck y Skinner (2008) mencionan que lo que debe buscarse es tener un rango suficiente de estilos de estrategias que nos permitan la flexibilidad de utilizarlas cuando sea necesario.

De la gran variedad de clasificación de estilos de afrontamiento que han surgido a raíz de las investigaciones realizadas, las más conocidas son las de Lazarus y Folkman (1986) describen:

- a) afrontamiento Cognoscitivo-Activo: son los intentos que hace la persona por analizar su evaluación sobre la dificultad del evento. concentrándose en el análisis o valoración y revaloración de las demandas o amenazas provocadas por un evento de tal manera que pueda manejar esta tensión.
- b) Afrontamiento Conductual – Activo: Son todas las conductas que la persona tiene para intentar enfrentarse al problema y sus efectos, adquiere conocimiento sobre ese evento, realiza acciones positivas para enfrentarla, platica con un profesional sobre el problema, construye y lleva a cabo un plan de acción.
- c) Evitación del Afrontamiento: se refiere a evitar. confrontar el problema o reducir de manera más directa la tensión por medio de conductas como fumar o comer más (Carr, 2007).

Existen dos tipos de funciones principales del afrontamiento, según los trabajos de Lazarus (1999): a) Orientado a la emoción y b) Orientado al problema.

CALIDAD DE VIDA

2.6 Desarrollo Histórico del Concepto de Calidad de Vida.

Resulta sorprendente reconocer como en la época actual, en la que las sociedades occidentales han alcanzado un elevado grado de productividad, de desarrollo científico y tecnológico, etc., que les permite gozar de unas elevadas cotas de bienestar, el hombre siga buscando incesantemente la felicidad.

La articulación entre estos dos aspectos (bienestar y felicidad) constituye el núcleo central del fenómeno de calidad de vida. Blanco Abarca (1985) señala como precisamente la relación entre felicidad y bienestar económico concede a la calidad de vida un profundo sentido psicosocial, dentro de la tradición psicosocial del «Carácter social» de Eric From.

García Riaño (1991) pone de manifiesto como el término calidad de vida sería el resultado actual de la evolución temporal de una serie de términos que han ido apareciendo en el tiempo, sustituyendo a los anteriores, aunque todos permanecen en la actualidad. Estos términos serían principalmente «satisfacción de vida», «moral», «ajuste personal», «felicidad», «salud» y «bienestar».

Este autor señala como todos ellos hacen referencia a abstracciones, a una dimensión subjetiva, que presentan la dificultad de una definición concreta y universal, pero que en ningún caso se confunden, ya que la diferencia vendría dada en función de la amplitud de su campo.

Al aparecer un nuevo término, éste iría comprendiendo y extendiendo el campo abarcado por los precedentes, siendo el de mayor amplitud el de «calidad de vida» que, por tanto, incluye al de bienestar y salud, como éstos hacen respecto al de felicidad.

Además, la calidad de vida comprendería nuevas y relevantes dimensiones a considerar en la vida de los individuos o de los grupos, valorándolas en un tiempo más o menos amplio, teniendo en cuenta la proyección hacia el futuro.

Dalkey y Rourke (1973) definen la calidad de vida como un sentimiento personal de bienestar, de satisfacción/ insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad.

Andrews y Whitney (1976) aportan una definición muy psicológica del término, y así señalan: «La calidad de vida no es realmente el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo.»

Para Shin y Jhonson (1978) calidad de vida sería la posesión de los recursos que se necesitan para la satisfacción de las necesidades o deseos, participación en actividades que hagan posible el desarrollo personal, y auto actualización y comparación satisfactoria de uno mismo con otros.

En la Encuesta sobre Calidad de Vida (1979) se concluye que «la calidad de vida en una sociedad sería, en suma, el grado en que las condiciones en dicha sociedad permiten a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia», y significa «... analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran (la sociedad) tienen de su existencia en dicha sociedad».

Para Bestuzhev-Lada (1980), calidad de vida significa «evaluar la gratificación que la gente deriva del grado en que sus necesidades materiales y mentales se encuentran satisfechas en el presente».

Levi y Andersson (1980), desde una perspectiva psicológica, ofrecen la siguiente definición de calidad de vida: «Por este concepto entendemos una medida compuesta de

bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa.» Para estos autores, los ejes constituyentes de calidad de vida serían la felicidad, la satisfacción con la vida y el bienestar.

Para Salomon (1980): «La calidad de vida es un concepto inclusivo que cubre todos los aspectos de la vida tal y como son experimentados por los individuos.»

Najman y Levine (1981) coinciden con Levi y Andersson al señalar que los términos de felicidad, satisfacción con la vida y bienestar general hacen referencia a una serie de conceptos interrelacionados que constituyen los indicadores subjetivos de la calidad de vida. Viney y Westbrook (1981) señalan el carácter multidimensional y complejo del concepto de calidad de vida, y lo refieren a la manera en que los pacientes hacen significativas sus experiencias. Cuervo-Arango (1990) articula estos conceptos y, de acuerdo con los autores anteriores, considera que el estudio de calidad de vida desde una perspectiva psicológica se convierte en el estudio subjetivo del bienestar individual o grupal.

A su vez, considera la satisfacción con la vida como un indicador de bienestar y, por tanto, como un indicador subjetivo de calidad de vida, concepto que según esta autora hace referencia y debe su existencia a la felicidad, entendida ésta como fin último hacia el que tiende el ser humano.

Horley (1984) analiza estos conceptos y concluye que las diferencias entre ellos estriban, en cierta medida, en su nivel de subjetividad. Este autor, desde una posición más comprensiva, define el término de calidad de vida como la relación entre la idoneidad de las circunstancias materiales y los sentimientos de la persona acerca de esas circunstancias.

La satisfacción con la vida generalmente se refiere a la valoración personal de la propia condición, comparada con una referencia externa estándar, o con las aspiraciones personales. Por último, el término felicidad habitualmente es utilizado para referirse a sentimientos transitorios de bienestar en respuesta a los acontecimientos de cada día.

Lawton (1984) conceptualiza la calidad de vida como «el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual».

Calman (1987) entiende por calidad de vida la distancia entre los logros y las aspiraciones, conceptualización que, como la anterior, hace referencia a la valoración por parte del sujeto.

Para Jern (1987), calidad de vida es la forma en que la persona valora su propia vida.

McDowell y Newell (1987) describen la evolución que ha sufrido el concepto de calidad de vida desde una concepción puramente material en términos de ingresos, posesiones y símbolos de éxito profesional hacia una concepción más espiritual, en la que los ejes constitutivos serían conceptos más subjetivos tales como satisfacción con la vida, desarrollo personal y participación en la comunidad.

Spitzer (1987) define la calidad de vida como la valoración de una serie de atributos (físicos, sociales, y mentales) entre aquellas personas que sufren enfermedades.

Para Torrance (1987), se trata de un concepto multidimensional que incluye todos aquellos factores que impactan sobre la vida del individuo.

Walker y Rosser (1987) señalan que el término calidad de vida «representa un amplio espectro de dimensiones de la experiencia humana que van desde aquellas asociadas a las necesidades vitales, tales como comida y cobijo, a aquellas asociadas con desarrollar un sentido de plenitud y felicidad personal». Wiklund y cols. (1987) consideran la calidad de vida como la disminución de la sintomatología, incremento del bienestar, y mantenimiento de una buena capacidad funcional para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

Birdwood (1988) conceptualiza la calidad de vida como la suma de todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida.

Chubon (1987) entiende por calidad de vida aquello que nos hace sentir que la vida merece la pena vivirla.

Para De Haes y Van Knippenberg (1989), sería la evaluación global y completa de las buenas o satisfactorias características de la vida.

Goodinson y Singleton (1989) definen la calidad de vida como el grado de satisfacción con las circunstancias percibidas de la vida.

Holmes (1989) señala que se trata de un concepto dinámico, abstracto y complejo que representa las respuestas individuales a factores físicos, mentales y sociales que contribuyen a una vida diaria satisfactoria.

Baca (1990) subraya la polisemia desarrollada en torno al término calidad de vida. En general abarca una amplia serie de factores físicos, psíquicos y sociales, así como sus

limitaciones, los cuales van a condicionar al individuo y su entorno, derivando de ellos diferentes grados de autosatisfacción.

Bobes (1991) define la calidad de vida como un concepto personal e interno, basado en la integración de varios factores relacionados con la idea del Yo, y con la interacción del individuo con su mundo externo y con sus proyectos existenciales. Asimismo, señala que la enfermedad afectará directamente a la calidad de vida alterando el sentido del Yo, tanto psicosocial como físico.

García-Riaño e Ibáñez (1992) consideran que a pesar de la pluralidad de las dimensiones intervinientes en la calidad de vida, ésta se debe estimar desde la unidad, concibiéndola así como «la valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa considerada como un todo, con referencia no sólo al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo ya un futuro más o menos distante». Van Dam (1986) reconoce que no existe una definición aceptada de calidad de vida, sino que con este término se hace referencia a una serie de tópicos, como quejas físicas y psíquicas, sentimientos de bienestar, funcionamiento sexual y actividades cotidianas.

Puede aceptarse, sin duda, que todas las definiciones existentes coinciden en señalar la dualidad subjetiva- objetiva del concepto. El componente subjetivo hace referencia a «bienestar», «felicidad», y «satisfacción con la vida» (Bradburn, 1969). El componente objetivo incluye aspectos del funcionamiento social, tales como empleo e independencia (Rapp, 1988), nivel de vida e indicadores sociales (BlancoAbarca, 1985).

En breves palabras, para Szalai (1980) sería «la interacción entre lo subjetivo y objetivo lo que determina la calidad de vida humana».

Como señala Ruiz-Ros (1992), la mayoría de los autores apuntan la necesidad de una conceptualización precisa de calidad de vida para poder determinar qué es una buena o mala calidad de vida, qué parámetros la definen, y qué peso tienen sus componentes objetivos y subjetivos.

Este mismo autor pone de manifiesto la existencia de una serie de características comunes en gran parte de las aproximaciones conceptuales a la calidad de vida.

Destaca como elementos comunes:

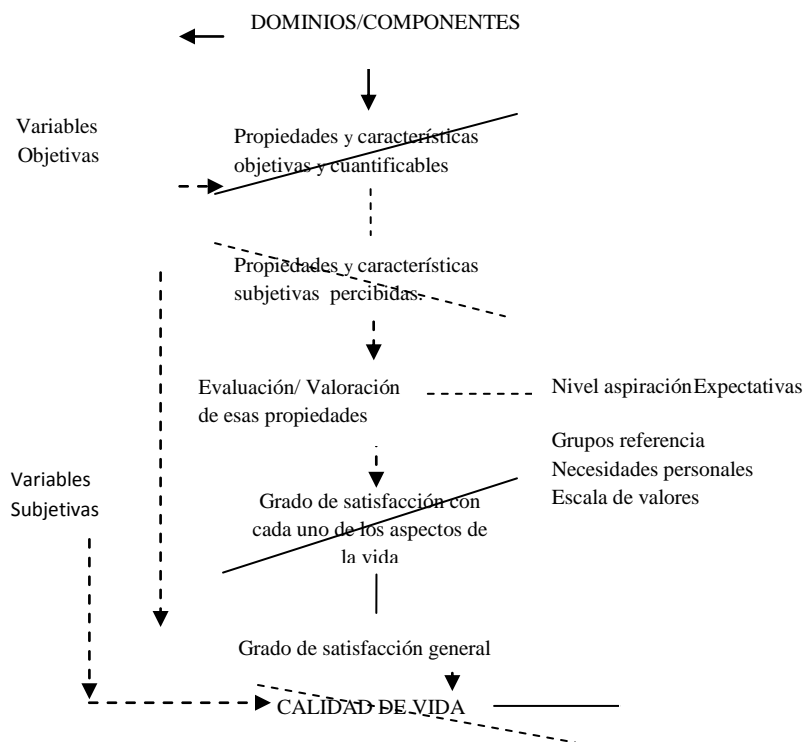
1. Una referencia a la relación del individuo con su vida.

2. Un enfoque multidimensional donde se incluyen todos aquellos factores que dan carácter integral al ser humano.

3; Una atención especial a la valoración subjetiva que la persona hace de su propia vida.

4. La calidad de vida se designa como un fin prioritario para los cuidados de salud, sistemas de salud y programas sociales. Existe un acuerdo considerable sobre la finalidad o utilidad de la medida de calidad de vida como variable que pueda describir el impacto de una enfermedad en un paciente, sugerir las posibles áreas que se beneficiarían de la atención sanitaria, y evaluar los efectos del tratamiento.

Para Blanco-Abarca (1985), el fenómeno de la calidad de vida transitaría a lo largo de las siguientes fases:



Este autor señala como hasta llegar a la calidad de vida propiamente dicha es necesario atravesar los dominios de la percepción y valoración personales, lo cual inevitablemente lo convierte en un fenómeno psicológico. De forma esquemática, Rylander (1992) establece los niveles que constituyen el constructo calidad de vida. En la parte superior de la pirámide este autor sitúa al bienestar global; en el espacio intermedio se encuentran las áreas principales: psicológica, física y social; y por último en la base sitúa a los componentes de cada una de las áreas.

TEORIAS SOBRE CALIDAD DE VIDA.

2.7 Modelo de Calidad de Vida Verdugo-Shalock.

Nos plantea la calidad de vida como un concepto identificado con el movimiento de avance innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, organización y del sistema social. Conlleva un movimiento de avance e innovación en prácticas y servicios generando resultados que se traducen en la vida cotidiana de las personas con discapacidad, de los centros y servicios y de la sociedad.

Ese movimiento de avance se traduce en un cambio conceptual de las tareas cotidianas que se fundamenta en:

Pasar de un sistema centrado en las limitaciones de las persona a otra centrada en el contexto y en la interacción, que supone un enfoque ecológico.

Pasar de un sistema centrado en la eficacia de los servicios programas y actividades a otro que se centre en los avances en la calidad de vida y los cambios y mejoras deben reflejarse en cada persona.

Pasar de un sistema centrado en los profesionales a otro que tenga en cuenta a la persona y a sus familiares (M. A Verdugo).

Según este autor el nuevo paradigma de calidad de vida es primordial en los servicios sociales y educativos, ya que subraya la participación de la persona en la planificación de actividades programas, etc., por parte del equipo profesional y genera una nueva forma de planificar los objetivos de las personas con discapacidad: los planes personalizados de apoyo.

El nuevo modelo de calidad se fundamenta en las dimensiones de calidad de vida desarrolladas por Shalock y Verdugo. Ambos autores nos plantean 8 dimensiones de calidad de vida a la vez que a la vez que proponen indicadores e ítems para su evaluación.

1. **Dimensión de bienestar emocional:** que tiene en cuenta los sentimientos como las satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad-inseguridad y de capacidad-incapacidad, así como la

ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión.

2. **Dimensión de relaciones personales:** a partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y si manifiesta sentirse queriendo por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes.
3. **Dimensión de bienestar material:** que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan de vida confortable, saludable y satisfactoria.
4. **Dimensión de Desarrollo personal:** que tenga en cuenta las competencias y habilidades sociales, la utilidad social, la participación en la elaboración del propio PPA. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o posibilidad de integrarse en el mundo laboral CON motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación.
5. **Dimensión de Bienestar físico:** Desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. el bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas si las necesita.
6. **Dimensión de autodeterminación:** que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. en ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que las personas tenga la opción de defender ideas y opciones. la autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia.
7. **Dimensión de inclusión social:** valorando si se da rechazo y discriminación por parte de los demás. podemos valorarlo a partir de saber si sus amigos es amplia o limitada, si utiliza entornos de ocio comunitarios. la inclusión puede medirse desde la participación y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social.

8. **Dimensión de la Defensa de los derechos:** que contempla el derecho de la intimidad, el derecho al respeto medible desde el trato recibido en sus entornos. es importante indagar sobre el grado de conocimiento y disfrute de los derechos propios de ciudadanía.

2.8 Teoría de Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud.

Según la OMS, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un **bienestar social** como ocurre en los países desarrollados.

2.9 Dimensiones de la Calidad de Vida.

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la **calidad de vida relacionada con la salud**. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: "Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica).

Características de la calidad de vida:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el **modelo biopsicosocial**. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La medicina y los recursos económicos, políticos, sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida. El objetivo de la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.

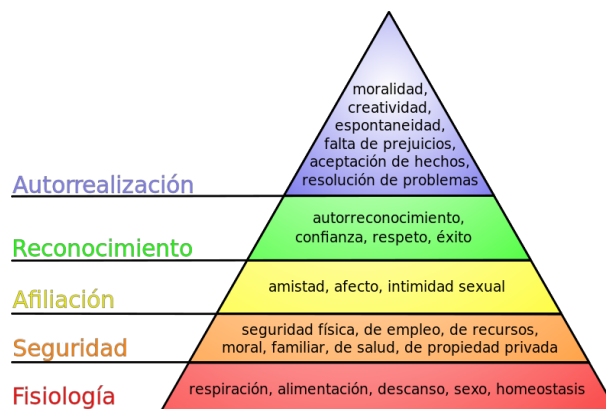
2.10 Teoría de Abraham Maslow.

Maslow planteó que existen tendencias que se consideran como básicas para poder evaluar una vida como poseedora de calidad o bien tendencias objetivas, estas son fundamentalmente la satisfacción de las necesidades básicas y ello queda en evidencia si se le pregunta a una persona qué es calidad de vida, muchos lo relacionan con el acceso a un trabajo digno y bien remunerado que les permita acceder a bienes y servicios básicos como

vivienda, educación, salud y nutrición, servicios públicos, movilidad vial, recreación, seguridad, entre muchos otros.

La **pirámide de Maslow**, o **jerarquía de las necesidades humanas**, es una teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow en su obra: Una teoría sobre la motivación humana (en inglés, A Theory of Human Motivation) de 1943, que posteriormente amplió. Maslow formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide).

La escala de las necesidades se describe como una pirámide de cinco niveles: los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como «necesidades de déficit» (primordiales); al nivel superior lo denominó «autorrealización», «motivación de crecimiento», o «necesidad de ser».



La idea básica es: sólo se atienden necesidades superiores cuando se han satisfecho las necesidades inferiores, es decir, todos aspiramos a satisfacer necesidades superiores. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía.

Maslow definió en su pirámide las necesidades básicas del individuo de una manera jerárquica, colocando las necesidades más básicas o simples en la base de la pirámide y las más relevantes o fundamentales en la cima de la pirámide, a medida que las necesidades van siendo satisfechas o logradas surgen otras de un nivel superior o mejor. En la última fase se encuentra con la «autorrealización» que no es más que un nivel de plena felicidad o armonía

CAPÍTULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS

Y

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1 Hipótesis.

Hi: Las estrategias de afrontamiento de las adolescentes embarazadas que son atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental se relacionan significativamente con la calidad de vida percibida.

Ho: Las estrategias de afrontamiento de las adolescentes embarazadas que son atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental no se relacionan con la calidad de vida percibida.

3.2 Operacionalización de Variables.

Variabes	Estrategias de Afrontamiento	Calidad de Vida
Definición Conceptual	<ul style="list-style-type: none">Las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas	<ul style="list-style-type: none">Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.
Definición Operacional	<ul style="list-style-type: none">Inventario de Estrategias de Afrontamiento(escala auto administrada Adaptación española)	<ul style="list-style-type: none">Cuestionario WHOQOL-BREF, contiene un total de 26 preguntas. Para una evaluación amplia y exhaustiva de la calidad de vida(Validado por la OMS)

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 Diseño de Investigación.

Enfoque de la Investigación.

Para desarrollar la investigación se siguió el enfoque cuantitativo, el cual según Sampieri (2004), se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que busca formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas.

Contexto de la Investigación.

La investigación se realizó, durante los meses de febrero a agosto del año 2013, en la zona oriental, (San Miguel, La Unión, Morazán y Usulután), considerando cuatro hospitales públicos uno por cada departamento en los cuales se contó con el permiso de cada uno de los directores de cada institución.

Tipo de Investigación.

El estudio es de tipo descriptivo y correlacional.

Descriptivo porque busca especificar las propiedades importantes de personas, en este caso las adolescentes embarazadas que fueron sometidas a análisis. Tomando en cuenta que este tipo de estudio también miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

Además es **correlacional** porque mide dos variables que se pretende conocer si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. La utilidad y el propósito principal de este estudio correlacional es saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra variable relacionada. Sampieri, (2010) nos indica que los estudios correlacionales se distinguen de los descriptivos principalmente en que mientras estos últimos se centran en medir con precisión las variables individuales. Los estudios correlacionales evalúan el grado de relación entre dos variables pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una única investigación.

Prueba Estadística.

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, que es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalo o razón. Se simboliza: **r**. Este se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables, se relacionan las puntuaciones obtenidas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra variable, con los mismos participantes o casos.

Interpretación: El coeficiente **r** de Pearson puede variar de -1.00 a $+1.00$, donde: -1.00 = correlación negativa perfecta ("A mayor X, menor Y", de manera proporcional. Es decir, cada vez que X aumenta una unidad, Y disminuye siempre una cantidad constante.) Esto también se aplica " a menor X mayor Y" así mismo, -0.90 = correlación negativa muy fuerte, -0.75 = correlación negativa considerable, -0.50 = correlación negativa media, -0.25 = correlación negativa débil, -0.10 = correlación negativa muy débil, 0.00 = no existe correlación alguna entre las variables; $+0.10$ = correlación positiva muy débil, $+0.25$ = correlación positiva débil, ; $+0.50$ = correlación positiva media, ; $+0.75$ = correlación positiva considerable, ; $+0.90$ = correlación positiva muy fuerte, ; $+1.00$ = correlación positiva perfecta. "A mayor X, mayor Y" o "A menor X, menor Y", de manera proporcional. (Cada vez que X aumenta una unidad, Y aumenta siempre una cantidad constante.) El signo indica la relación de la correlación (positiva o negativa); y el valor numérico, la magnitud de la correlación. Los principales programa computacionales de análisis estadístico reportan si el coeficiente es o no significativo de la siguiente manera:

$s = 0.001$ significancia.

0.7831 valor del coeficiente.

En este caso se utilizó el SPSS y los presenta en una tabla, se señala con asterisco el nivel de significancia: donde un asterisco (*) implica una significancia menor a 0.05 (quiere decir que el coeficiente es significativo en el nivel de 0.05, y la probabilidad de error es menor al 5%) y dos asteriscos (**) una significancia menor a 0.01 (la probabilidad de error es menor al 1%)

Población.

Está conformada por las adolescentes embarazadas que acudieron al control prenatal en los hospitales de la zona oriental.

Muestra.

En esta investigación la muestra es no probabilística debido a que es un estudio transversal cuantitativo por medio de Escalas o cuestionarios para ello se seleccionaron 200 adolescentes embarazadas 50 de cada departamento (San Miguel, La Unión, Morazán y Usulután). Que cumplía con los criterios:

Criterios de selección:

- Ser usuaria de uno de los hospitales públicos seleccionados.
- Que desearan participar en la investigación.
- Que fuera adolescente y estuviera embarazada.

Criterios de exclusión:

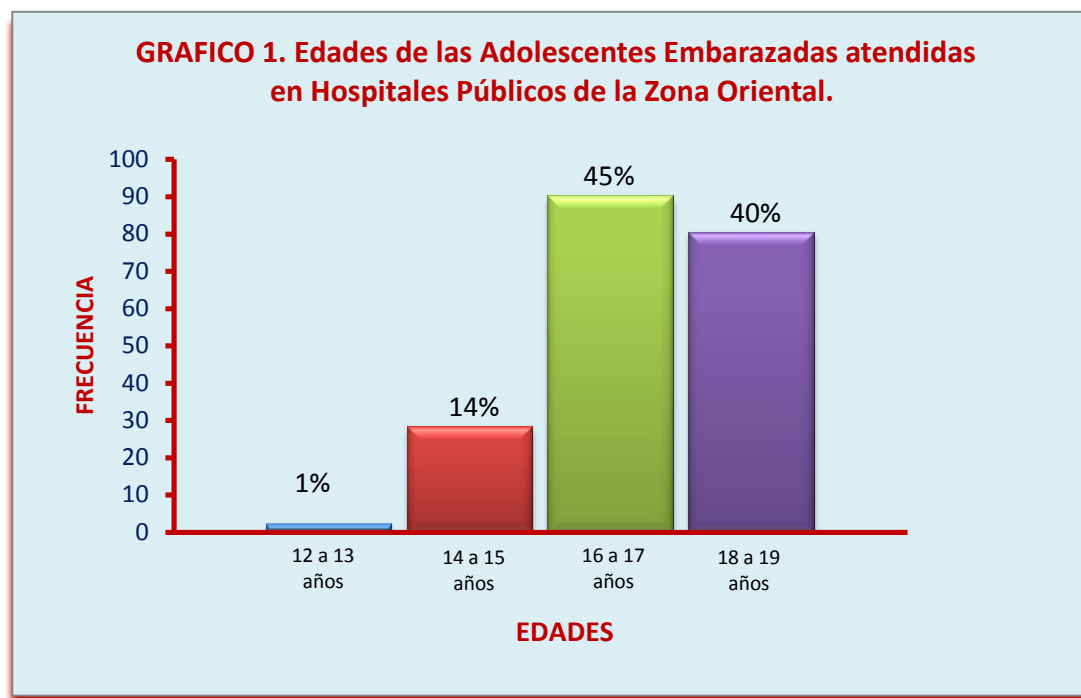
- Usuarías que no deseaban participar.
- Que no fueran adolescentes aunque estuvieran en estado de embarazo.
- Que no completaran la información en un 100%.
- En el momento que las participantes desearan retirarse de la evaluación lo podían hacer sin ningún problema.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación a continuación se reflejan los datos sociodemográficos característicos de la muestra en estudio:

TABLA 1. Edades de las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

RANGO	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
12-13 Años	1	0	0	1	2	1%
14-15 Años	6	3	9	10	28	14%
16-17 Años	22	21	27	20	90	45%
18-19 Años	21	26	14	19	80	40%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 1, se presentan las estadísticas de los resultados de las edades de las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.

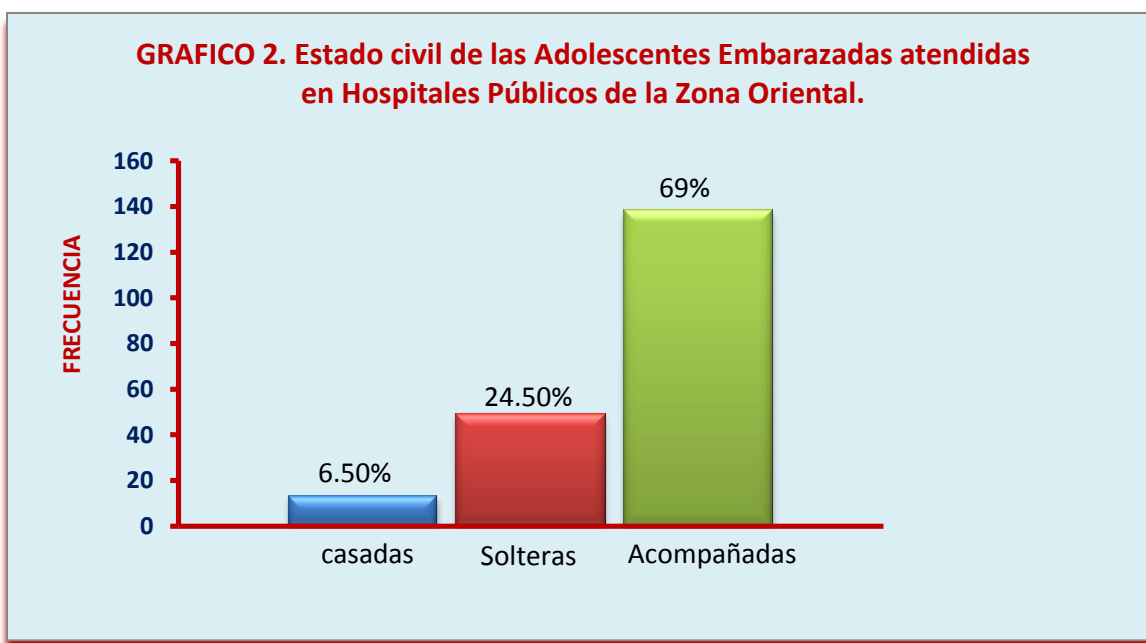


En el grafico 1 se presentan las edades de las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental; en donde el 1% son de 12 a 13 años; el 14% de 14 a 15 años; el 45% de 16 a 17 años, siendo el rango alto de embarazadas atendidas mientras que el 40% corresponde a los 18 a 19 años.

TABLA 2. Estado civil de las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

CATEGORIA	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
Casada	4	3	1	5	13	6.5%
Soltera	13	8	12	16	49	24.5%
Acompañada	33	39	37	29	138	69%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 2, se presentan las estadísticas de los resultados del estado civil de las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.

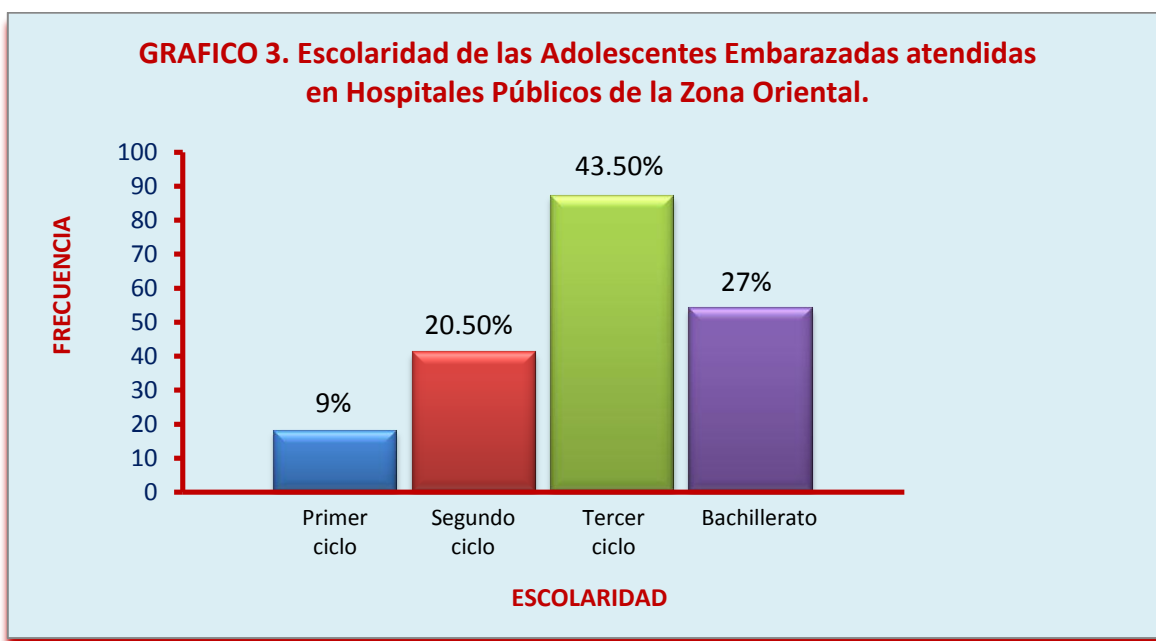


En el grafico 2 se presentan los resultados del estado civil de las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental en donde solo el 6.50% son casadas; mientras que el 24.50% son solteras, y un 69% están acompañadas.

TABLA 3. Escolaridad de las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

CATEGORIA	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
Primer ciclo	6	4	2	6	18	9%
Segundo ciclo	12	7	7	15	41	20.5%
Tercer ciclo	19	29	23	16	87	43.5%
Bachillerato	13	10	18	13	54	27%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 3, se presentan las estadísticas de los resultados de la escolaridad de las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.

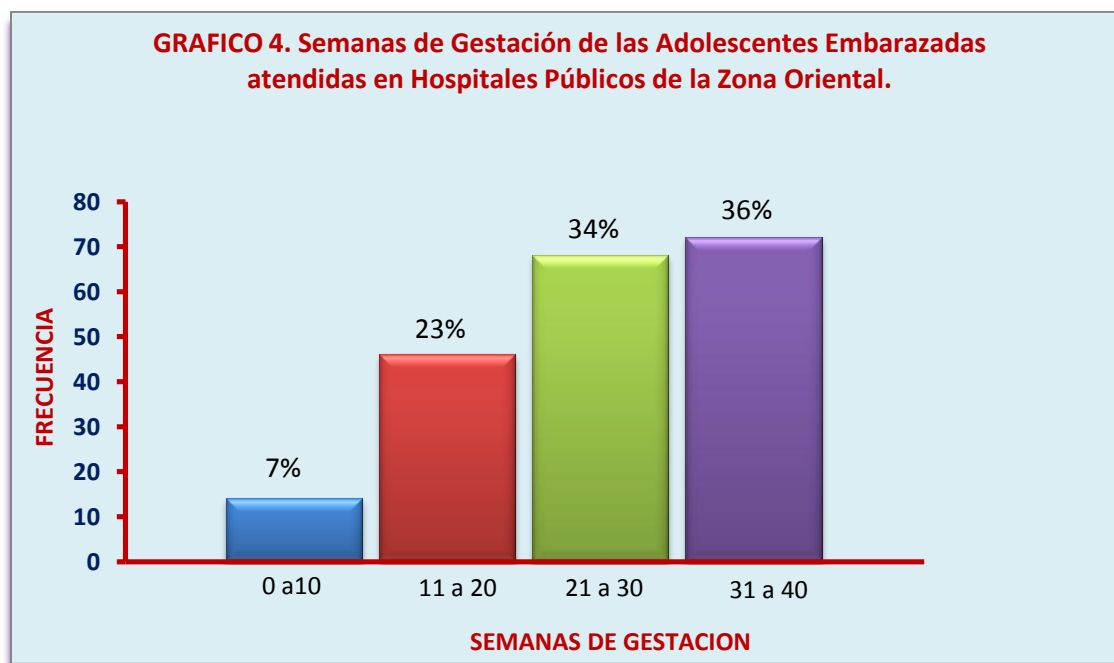


En el gráfico 3 se presenta las estadísticas de la escolaridad de las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental en donde el 9% solamente han estudiado primer ciclo; el 20.50% han estudiado segundo ciclo; mientras que el 43.50% han estudiado tercer ciclo, por último el 27% han estudiado bachillerato.

TABLA 4. Semanas de Gestación de las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

RANGO	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
0-10 Semanas	3	4	2	5	14	7%
11-20 Semanas	12	13	8	13	46	23%
21-30 Semanas	21	19	19	9	68	34%
31-40 Semanas	14	14	21	23	72	36%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 4, se presentan las estadísticas de las semanas de gestación de las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje,

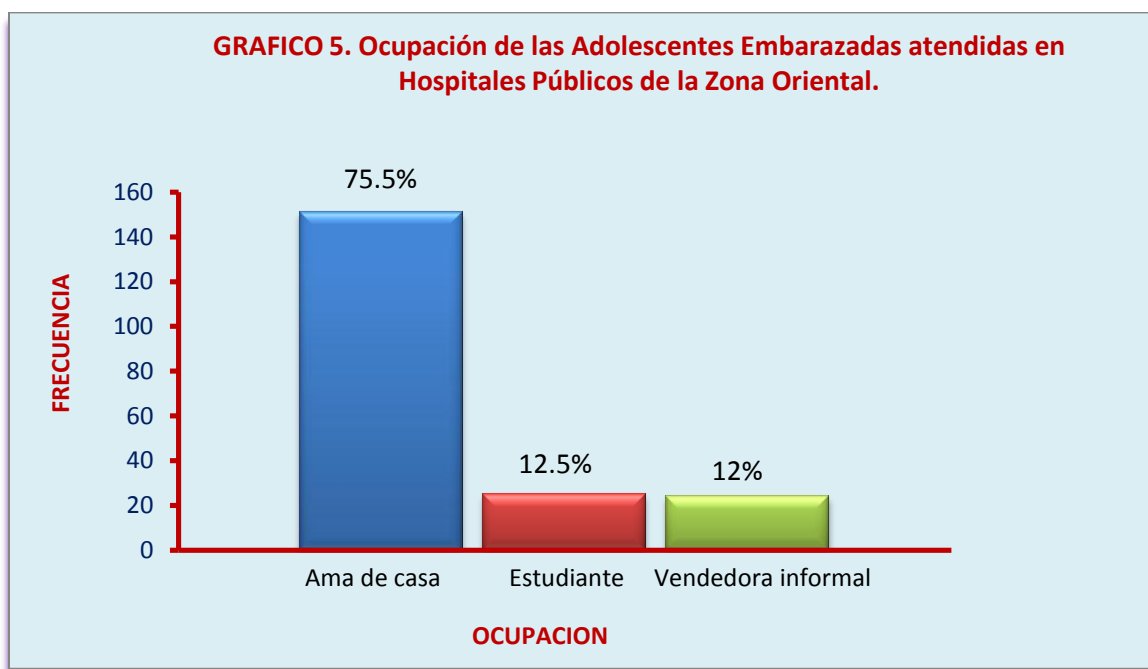


En el grafico 4 se presentan los resultados de las semanas de gestación de las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental, en donde el 7% tenían 0 a 10 semanas; el 23% de 11 a 20 semanas; el 34% tenían 21 a 30 semanas y el porcentaje alto con 36% eran de 31 a 40 semanas de gestación.

TABLA 5. Ocupación de las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

CATEGORIA	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
Ama de casa	37	42	34	38	151	75.5%
Estudiante	2	5	13	5	25	12.5%
Vendedora informal	11	3	3	7	24	12%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 5, se presentan las estadísticas de los resultados de la ocupación de las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.

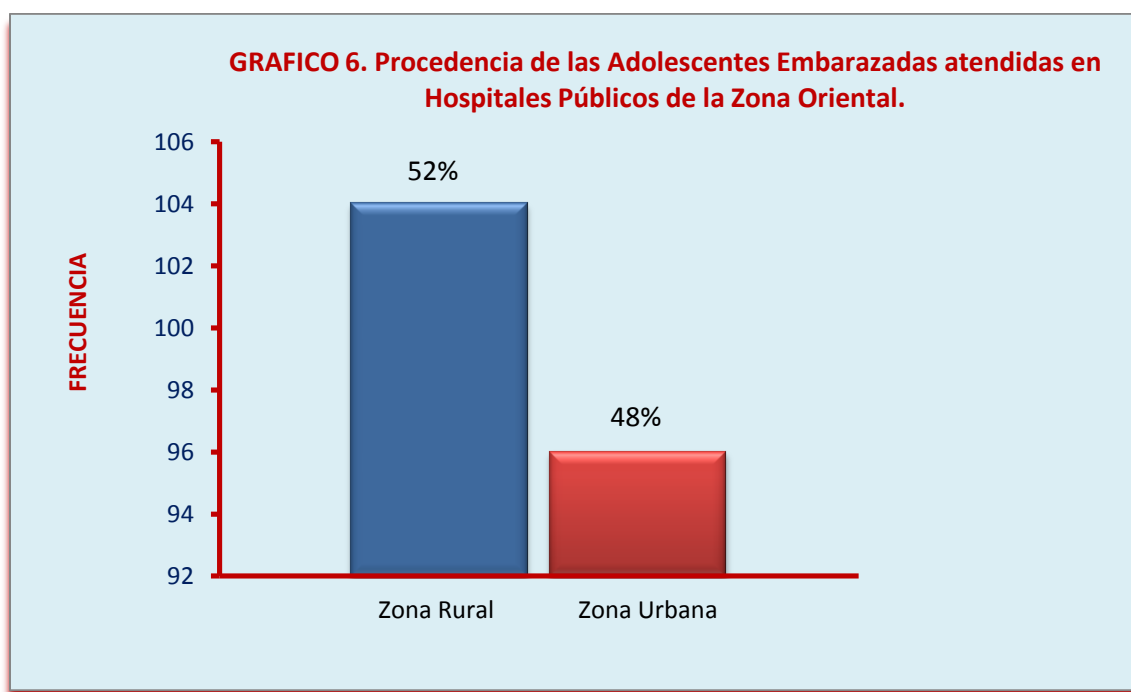


En el grafico 5 se presentan los resultados estadísticos de la ocupación de las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental en donde el porcentaje alto es ama de casa con 75.5%; mientras que el 12.5% son estudiantes y el 12% son vendedoras informales.

TABLA 6. Procedencia de las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

CATEGORIA	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
Rural	22	22	33	27	104	52%
Urbana	28	28	17	23	96	48%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 6, se presentan las estadísticas de los resultados de la procedencia de las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.

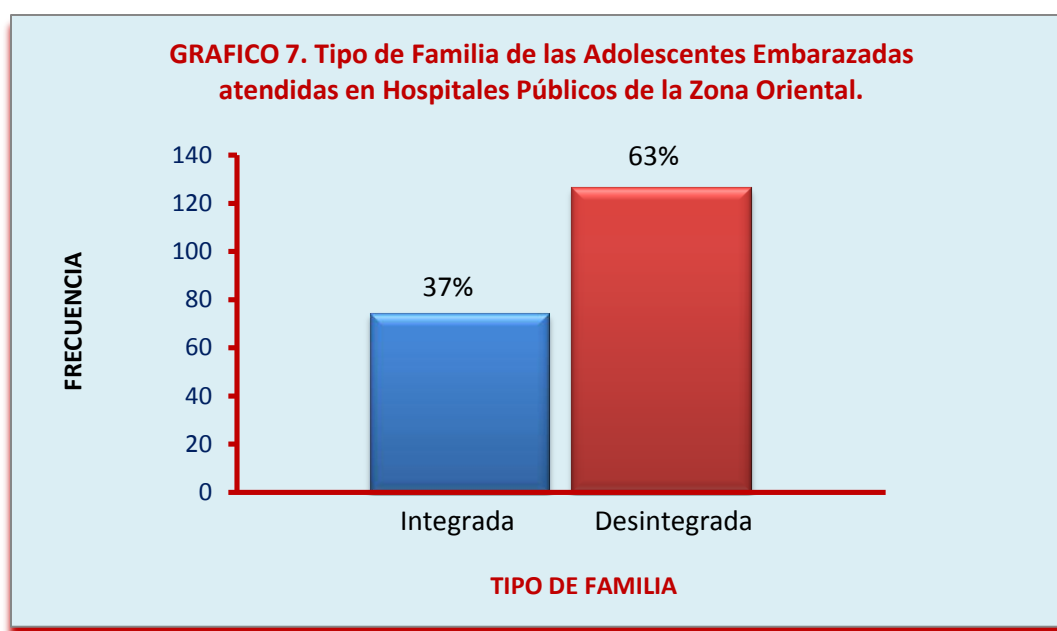


En el grafico 6 se presenta los resultados estadísticos de la procedencia de las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental, perteneciendo más a la zona rural con el 52% mientras que el 48% corresponden a la zona urbana.

TABLA 7. Tipo de Familia de las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

CATEGORIA	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
Integrada	24	22	16	12	74	37%
Desintegrada	26	28	34	38	126	63%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 7, se presentan las estadísticas de los resultados del tipo de familia al que pertenecen las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.

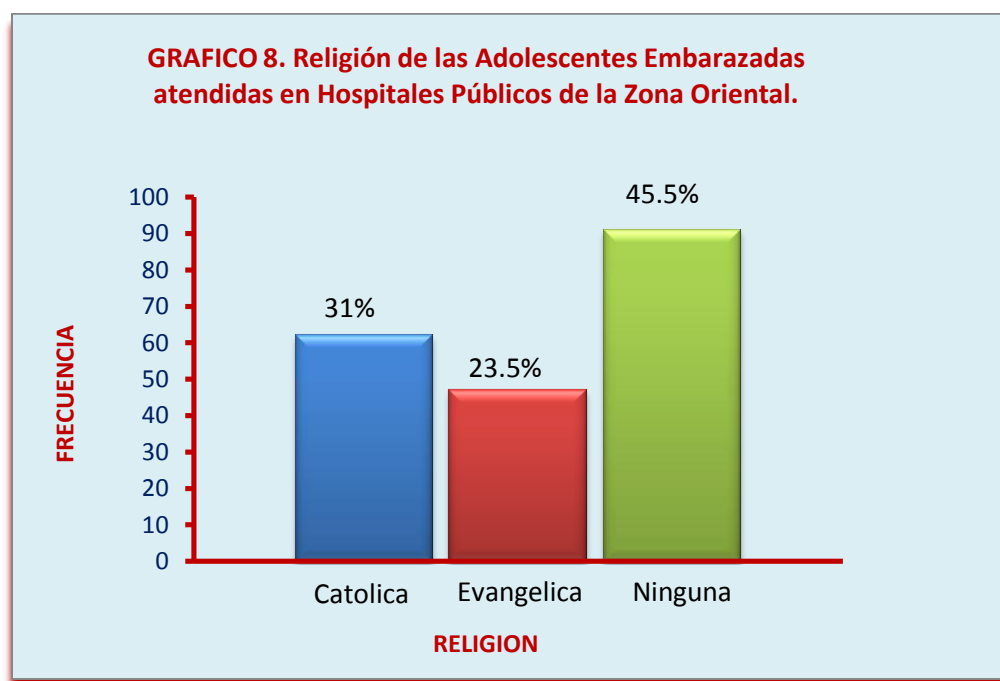


En el grafico 7 se presenta las estadísticas de los resultados del tipo de familia de las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental, en donde el 37% provienen de familia integrada mientras que el porcentaje alto es de 63% que provienen de una familia desintegrada.

TABLA 8. Religión de las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

CATEGORIA	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
Católica	15	18	18	11	62	31%
Evangélica	14	12	8	13	47	23.5%
Ninguna	21	20	24	26	91	45.5%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 8, se presentan las estadísticas de los resultados del tipo de religión al que pertenecen las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.

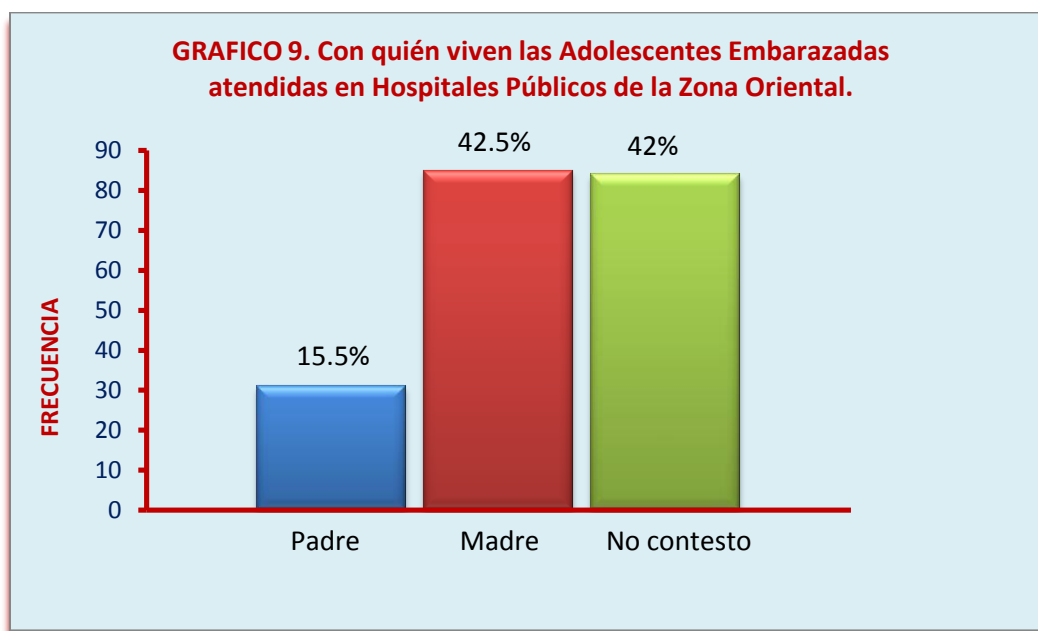


En el grafico 8 se presenta las estadísticas de los resultados del tipo de religión al que pertenecen las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental; y se refleja que el 31% pertenecen a la católica, el 23.5% pertenecen a la evangélica y el 45.5%, no asisten a ninguna religión.

TABLA 9. Con quién viven las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

CATEGORIA	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
Padre	7	4	9	11	31	15.5%
Madre	17	11	18	39	85	42.5%
No contesto	26	35	23	0	84	42%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 9, se presentan las estadísticas de con quién viven las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.

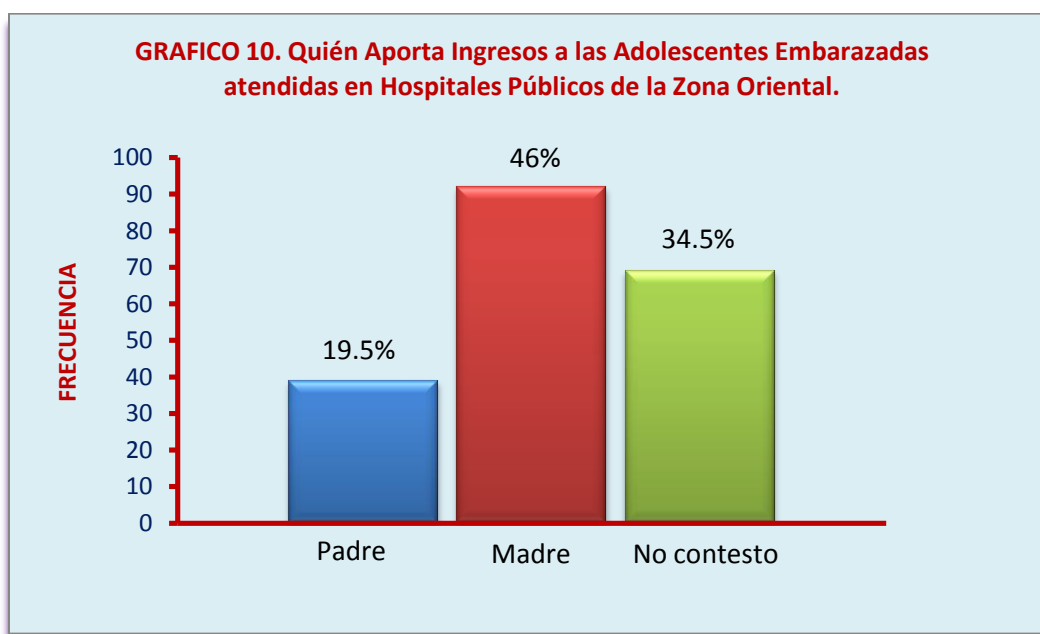


En el grafico 9 se presenta los resultados de con quién viven las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental; en donde el 15.5% solamente viven con su padre, el 42.5% solamente viven con su madre y el 42% no contestaron.

TABLA 10. Quién Aporta Ingresos a las Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

CATEGORIA	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
Padre	10	8	10	11	39	19.5%
Madre	17	15	21	39	92	46%
No contesto	23	27	19	0	69	34.5%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 10, se presentan las estadísticas de quien aporta ingresos a las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.

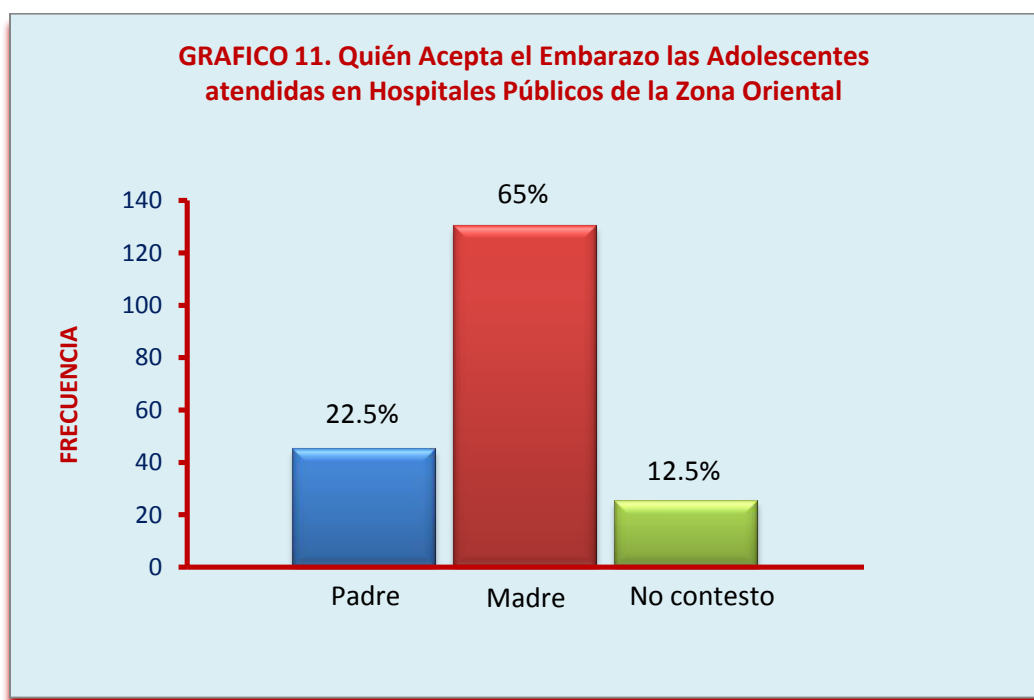


En el grafico 10 refleja los resultados de quien les aporta ingresos a las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental; en donde al 19.5% su padre, mientras que al 46% su madre y el 34.5% no contestaron.

TABLA 11. Quién Acepta el Embarazo las Adolescentes atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental.

CATEGORIA	DEPARTAMENTOS				FRECUENCIA	PORCENTAJE
	San Miguel	La Unión	Morazán	Usulután		
Padre	12	8	14	11	45	22.5%
Madre	27	36	28	39	130	65%
No contesto	11	6	8	0	25	12.5%
Total	50	50	50	50	200	100%

En la tabla 11, se presentan las estadísticas de quien acepta el embarazo de las adolescentes embarazadas a nivel oriental, detallando el rango, el departamento, la frecuencia y el porcentaje.



En el grafico 11 se presenta los resultados de quien aceptan el embarazo de las adolescentes de la Zona Oriental; en donde el 22.5% su padre lo acepta, mientras que un 65% lo acepta su madre y el 12.5% no contestaron.

4.2 Instrumentos.

- **Ficha Sociodemográficas.**

En esta ficha se recolectó los datos personales sociodemográficos, como, la edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad, lugar de nacimiento, semanas de gestación, procedencia, tipo de familia, religión, con quien viven, quien aporta ingresos, quien acepta su embarazo.

- ✓ **Inventario de Estrategias de Afrontamiento.**

A las adolescentes embarazadas se les aplicó el inventario de estrategias de afrontamiento realizada por Cano y Cols (2007) que consta de 8 estrategias, las cuales son: Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Contestando en base a su última situación estresante de su vida cada ítem tipo Likert de cinco puntos (0=En absoluto; 1=Un poco; 2=Bastante; 3=Mucho; 4=Totalmente), la cual definía la frecuencia de lo que hizo en esa situación. Pero al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la auto eficacia percibida del afrontamiento.

Para la calificación se dividió las estrategias de afrontamiento y se sumaron todos los ítems de cada estrategia; tal como lo explica su tabla de claves de corrección:

- Resolución de problemas (REP): 01 + 09 + 17 + 25 + 33.
- Autocrítica (AUC): 02 + 10 + 18 + 26 + 34.
- Expresión emocional (EEM): 03 + 11 + 19 + 27 + 35.

- Pensamiento desiderativo (PSD): $04 + 12 + 20 + 28 + 36$.
- Apoyo social (APS): $05 + 13 + 21 + 29 + 37$.
- Reestructuración cognitiva (REC): $06 + 14 + 22 + 30 + 38$.
- Evitación de problemas (EVP): $07 + 15 + 23 + 31 + 39$.
- Retirada social (RES): $08 + 16 + 24 + 32 + 40$.

Obtenido la sumatoria de las estrategias de afrontamiento se hizo uso del baremo del inventario para obtener el percentil de cada estrategia que engloba del 1 al 99 además el Pc nos proporcionó realizar la interpretación de los rangos:

0 a 25: Aplicación baja.

26 a 50: Aplicación media.

51 a 75: Aplicación alta.

76 a 100: Aplicación máxima.

✓ **Calidad de Vida.**

Para evaluar la **calidad de vida** de las adolescentes embarazadas se utilizó El WHOQOL-BREF, **por sus siglas en ingles** (World Health Organization Quality Of Life) que significa Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud; es una versión abreviada del instrumento original el cual contiene un total de 26 ítems con 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert.

Existen dos ítems que se examinan de forma separada: el ítem número 1 es sobre su percepción individual general de la calidad de vida general y el ítem número 2 sobre la percepción de su salud mientras que los otros ítems denotan una percepción individual de calidad de vida en cada dominio particular. Es decir que el dominio 1 (salud física), está contemplada por los ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18, sin embargo en el ítem 3 y 4 su ecuación es $(6-Q3)$, $(6-Q4)$, que significa que al número 6 se le restare la cantidad que esta como respuesta en el ítem 3 y el mismo procedimiento es para el ítem 4; al final se suma los números de respuestas de cada ítem de este dominio cuyo puntaje es la puntuación bruta. En el dominio 2 (psicológica), se suma los ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26, para obtener la puntuación bruta pero en el último ítem se hace el procedimiento de la ecuación $(6-Q26)$. En el dominio 3 (relaciones sociales) se suman los ítems 20, 21 y 22.

En el dominio 4 (medio ambiente) se suman los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25; cuando se obtiene las puntuaciones brutas se realiza la conversión a puntajes transformados en base al rango entre 4 a 20 mediante una tabla correspondiente a cada dominio.

El dominio salud física incluye: energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso. El dominio psicológico incluye: imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. El dominio relaciones sociales incluye: relaciones sociales, apoyo social y actividad sexual. Y finalmente, el dominio medio ambiente incluye: recursos económicos, libertad y seguridad física, accesibilidad y calidad del sistema sanitario, ambiente del hogar, oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas, actividades de ocio, medio ambiente y transporte.

Obtenida la conversión a puntajes transformados se realizó la interpretación:

0 a 5: Muy baja calidad de vida.

6 a 10: Baja Calidad de vida.

11 a 15: Calidad de vida media.

16 a 20: Alta calidad de vida.

4.3 Fiabilidad de las Variables utilizadas en la Investigación.

En este estudio cobra importancia el establecimiento del grado de fiabilidad, la cual nos informa de la fortaleza de las variables que manejamos en este caso estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Para su estimación se ha calculado el coeficiente *alfa* (α) de Cronbach, el cual determina la consistencia interna de cada escala, analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha escala. Toma valores entre 0 y 1, cuanto más se acerque el coeficiente a la unidad, mayor será la consistencia interna de los indicadores de la escala evaluada. Si el *alfa*(α) de Cronbach está por debajo de 0,50 el nivel de fiabilidad no es aceptable; entre 0,50 y 0,60 nivel pobre, entre 0,60 y 0,70 un nivel débil, entre 0,70 y 0,80 nivel aceptable, y si es 0,80 y 0,90 nivel bueno y si es un valor superior a 0,90 sería excelente, por lo que concretizamos que los coeficientes de confiabilidad *alfa*-Cronbach resultantes fueron de .818 en estrategias de afrontamiento y de .870 en calidad de vida, esto indica que el nivel de fiabilidad de los instrumentos es bueno.

4.4 Procedimiento.

Uno de los propósitos fundamentales que generalmente tienen las investigaciones es generar conocimiento y teorías que es precisamente el enfoque que tiene el presente estudio, para ello se precisó establecer una serie de pasos metodológicos los cuales conllevan al desarrollo de la misma, iniciando por la concepción de la idea, el planteamiento del problema, estableciendo las variables en estudio, esto hace, que surjan preguntas para formular el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación, así mismo la justificación; contemplando la disponibilidad de recursos, los alcances y las consecuencias que puedan presentarse durante la investigación así mismo es necesaria la evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema.

Para el desarrollo de esta investigación se solicitó el permiso del director del hospital de San Miguel, La Unión, Usulután y Morazán, para evaluar a las usuarias adolescentes embarazadas, a través de dos instrumentos. Para guiar esta investigación y apoyar las pruebas teóricas, determino el tipo de hipótesis así mismo conceptualizar y operacionalizar las variables de investigación; lo cual contribuyeron para la elección del diseño de investigación.

La población que se determinó fue adolescentes embarazadas con una muestra de 200 participantes; 50 adolescentes de cada hospital de la cabecera de la zona Oriental, empleando a dicha muestra instrumentos estandarizados como la escala de calidad de vida WHOQOL- BREF y el inventario de estrategias de afrontamiento para recolectar datos válidos y confiables los cuales se vaciaron en tablas y gráficas, todos los datos fueron procesados con el programa SPSS12; además de los estadísticos descriptivos habituales en este tipo de estudios, se utilizó el análisis factorial para comprobar la validez de constructo de cada instrumento, se seleccionó la prueba estadística para interpretar los datos obtenidos, el cual fue el coeficiente de correlación de Pearson y así relacionarlos con las teorías planteadas en el marco teórico; con el problema, objetivos e hipótesis. Por último se elaboró un reporte de investigación con información relevante sobre los resultados de este trabajo de investigación.

CAPITULO V

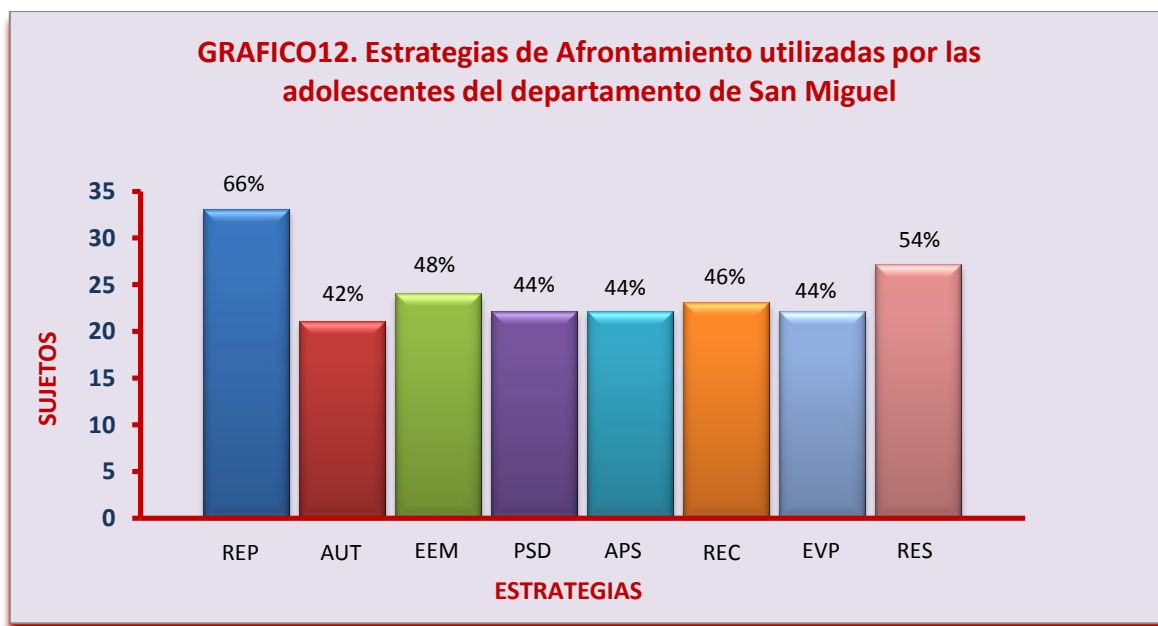
RESULTADOS

5.1 Resultados.

TABLA 12. Estrategias de Afrontamiento utilizadas en el departamento de San Miguel.

RANGOS	REP		AUC		EEM		PSD		APS		REC		EVP		RES	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0-25	33	66	5	10	10	20	22	44	22	44	19	38	3	6	2	4
26-50	16	32	19	38	24	48	18	36	18	36	23	46	7	14	3	6
51-75	1	2	21	42	10	20	6	12	6	12	6	12	18	36	18	36
76-100	0	0	5	10	6	12	4	8	4	8	2	4	22	44	27	54
	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

En la tabla 12, se presentan las estadísticas de los resultados a todo el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, reflejando a que rango, además de la frecuencia y el porcentaje en que utilizan cada una de las estrategias las adolescentes embarazadas del departamento de San Miguel.

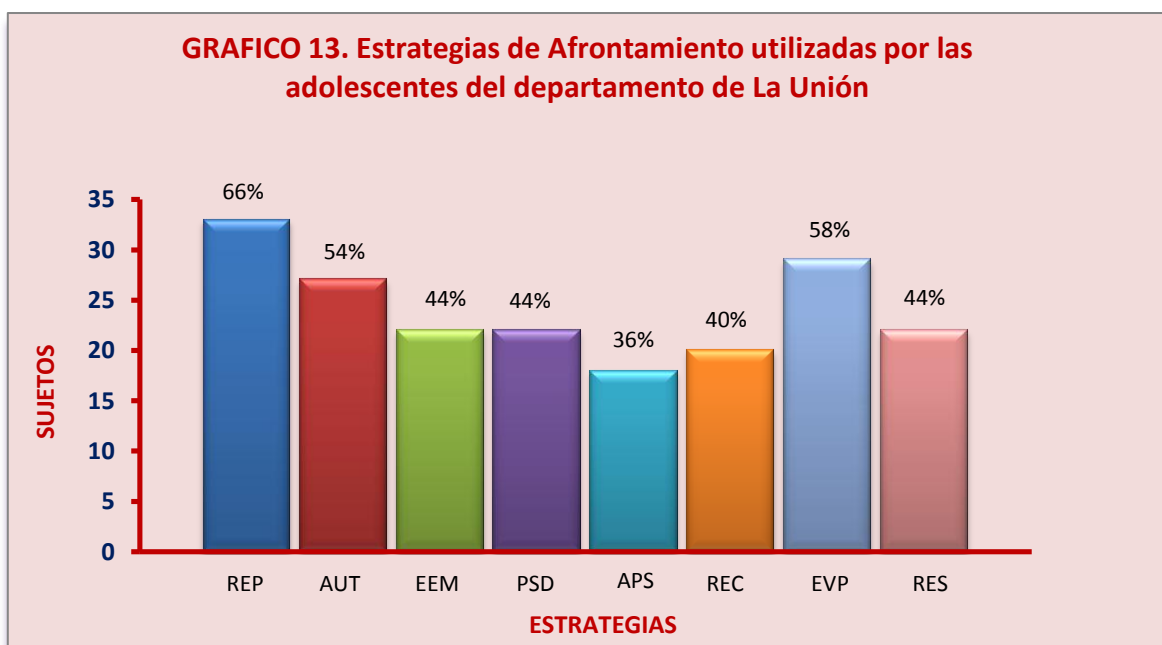


En el gráfico 12, se presentan las principales estadísticas de los resultados del inventario de estrategias de afrontamiento de las adolescentes del departamento de San Miguel; en donde un 66% tiene una aplicación baja en resolución de problemas, mientras que un 42% tiene una aplicación alta en autocritica, y un 48% con aplicación media en expresión emocional; así mismo el 44% tiene aplicación baja tanto en pensamiento desiderativo como en apoyo social, se observa también que el 46% tiene una aplicación media en restauración cognitiva; y solo un 44% muestra aplicación máxima evitación de problemas; por último, se observa que el 54% presenta aplicación máxima en retirada social.

TABLA 13. Estrategias de Afrontamiento utilizadas en el departamento de La Unión.

RANGOS	REP		AUC		EEM		PSD		APS		REC		EVP		RES	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0-25	33	66	2	4	4	8	16	32	16	32	11	22	4	8	2	4
26-50	14	28	8	16	22	44	22	44	18	36	20	40	4	8	8	16
51-75	2	4	27	54	19	38	11	22	12	24	14	28	13	26	18	36
76-100	1	2	13	26	5	10	1	2	4	8	5	10	29	58	22	44
	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

En la tabla 13, se presentan las estadísticas de los resultados a todo el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, reflejando a que rango, además de la frecuencia y el porcentaje en que utilizan cada una de las estrategias las adolescentes embarazadas del departamento de La Unión.

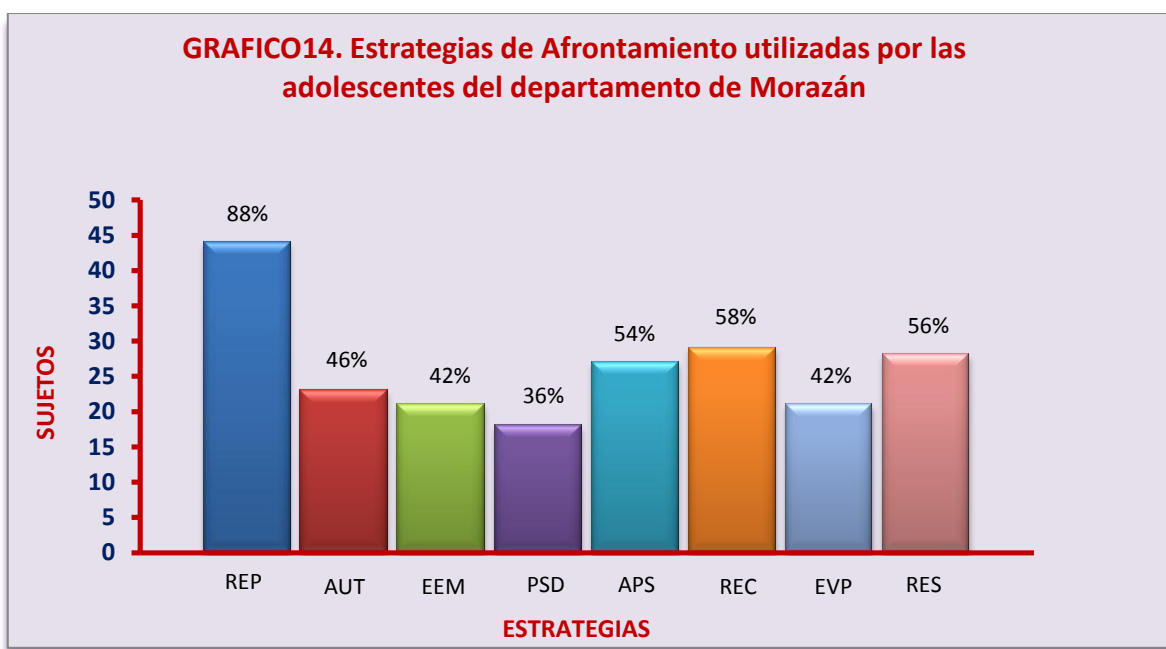


En el gráfico 13, se presentan las principales estadísticas de los resultados del inventario de estrategias de afrontamiento de las adolescentes del departamento de La Unión; en donde un 66% tiene una aplicación baja en resolución de problemas, mientras que un 54% tiene una aplicación alta en autocrítica, mientras un 44% con aplicación media en expresión emocional, y en pensamiento desiderativo, un 36% también con aplicación media en apoyo social, se observa también que el 40% tiene una aplicación media en restauración cognitiva; así mismo el 58% muestra aplicación máxima evitación de problemas; por último se observa que el 44% presenta aplicación máxima en retirada social.

TABLA 14. Estrategias de Afrontamiento utilizadas en el departamento de Morazán.

RANGOS	REP		AUC		EEM		PSD		APS		REC		EVP		RES	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0-25	44	88	2	4	8	16	14	28	27	54	15	30	1	2	4	8
26-50	4	8	7	14	21	42	18	36	17	34	29	58	7	14	4	8
51-75	1	2	18	36	17	34	11	22	5	10	4	8	21	42	14	28
76-100	1	2	23	46	4	8	7	14	1	2	2	4	21	42	28	56
TOTAL	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

En la tabla 14, se presentan las estadísticas de los resultados a todo el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, reflejando a que rango, además de la frecuencia y el porcentaje en que utilizan cada una de las estrategias las adolescentes embarazadas del departamento de Morazán.

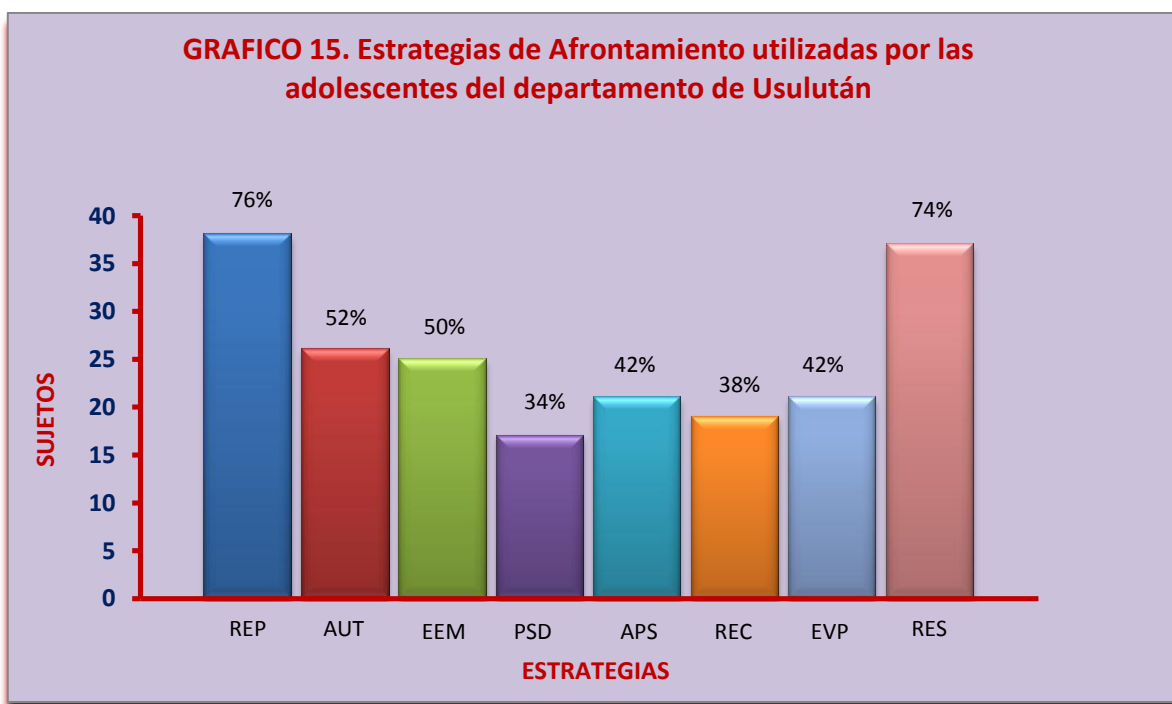


En el gráfico 14, se presentan las principales estadísticas de los resultados del inventario de estrategias de afrontamiento de las adolescentes del departamento de Morazán; encontrando el 88% tiene una aplicación baja en resolución de problemas, mientras que un 46% tiene una aplicación alta en autocrítica, y un 42% con aplicación media en expresión emocional, el 36% tiene aplicación media en pensamiento desiderativo, un 54% también con aplicación media en apoyo social, así mismo el 58% tiene una aplicación media en restauración cognitiva; mientras que el 42% muestra aplicación máxima evitación de problemas; por último se observa que el 56% presenta aplicación máxima en retirada social.

TABLA 15. Estrategias de Afrontamiento utilizadas en el departamento de Usulután.

RANGOS	REP		AUC		EEM		PSD		APS		REC		EVP		RES	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0-25	38	76	0	0	2	4	7	14	20	40	17	34	2	4	1	2
26-50	11	22	5	10	16	32	17	34	21	42	19	38	7	14	3	6
51-75	0	0	19	38	25	50	15	30	7	14	10	20	20	40	9	18
76-100	1	2	26	52	7	14	11	22	2	4	4	8	21	42	37	74
	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

En la tabla 15, se presentan las estadísticas de los resultados a todo el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, reflejando a que rango, además de la frecuencia y el porcentaje en que utilizan cada una de las estrategias las adolescentes embarazadas del departamento de Usulután.

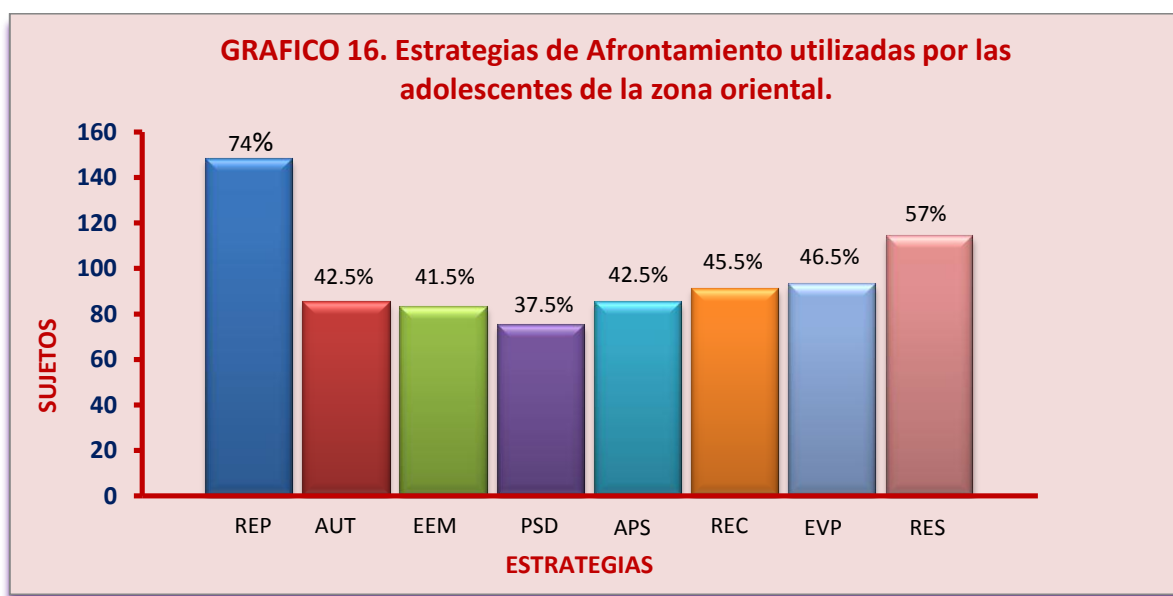


En el gráfico 15, se presentan las principales estadísticas de los resultados del inventario de estrategias de afrontamiento de las adolescentes del departamento de Usulután; el 76% tiene una aplicación baja en resolución de problemas, mientras que un 52% tiene una aplicación alta en autocritica, y un 50% con aplicación media en expresión emocional, el 34% tiene aplicación media en pensamiento desiderativo, un 42% también con aplicación media en apoyo social, así mismo el 38% tiene una aplicación media en restauración cognitiva; mientras que el 42% muestra aplicación máxima evitación de problemas; por último se observa que el 74% presenta aplicación máxima en retirada social.

TABLA 16. Resultados generales de Estrategias de Afrontamiento utilizadas en la zona oriental.

RANGOS	REP		AUC		EEM		PSD		APS		REC		EVP		RES	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0-25	148	74	9	4.5	24	12	59	29.5	85	42.5	62	31	10	5	9	4.5
26-50	45	22.5	39	19.5	83	41.5	75	37.5	74	37	91	45.5	25	12.5	18	9
51-75	4	2	85	42.5	71	35.5	43	21.5	30	15	34	17	72	36	59	29.5
76-100	3	1.5	67	33.5	22	11	23	11.5	11	23	13	6.5	93	46.5	114	57
Total	200	100	200	100	200	100	200	100	200	100	200	100	200	100	200	100

En la tabla 16, se presentan las estadísticas generales de los resultados a todo el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, reflejando a que rango, además de la frecuencia y el porcentaje en que utilizan cada una de las estrategias las adolescentes embarazadas de la zona oriental.

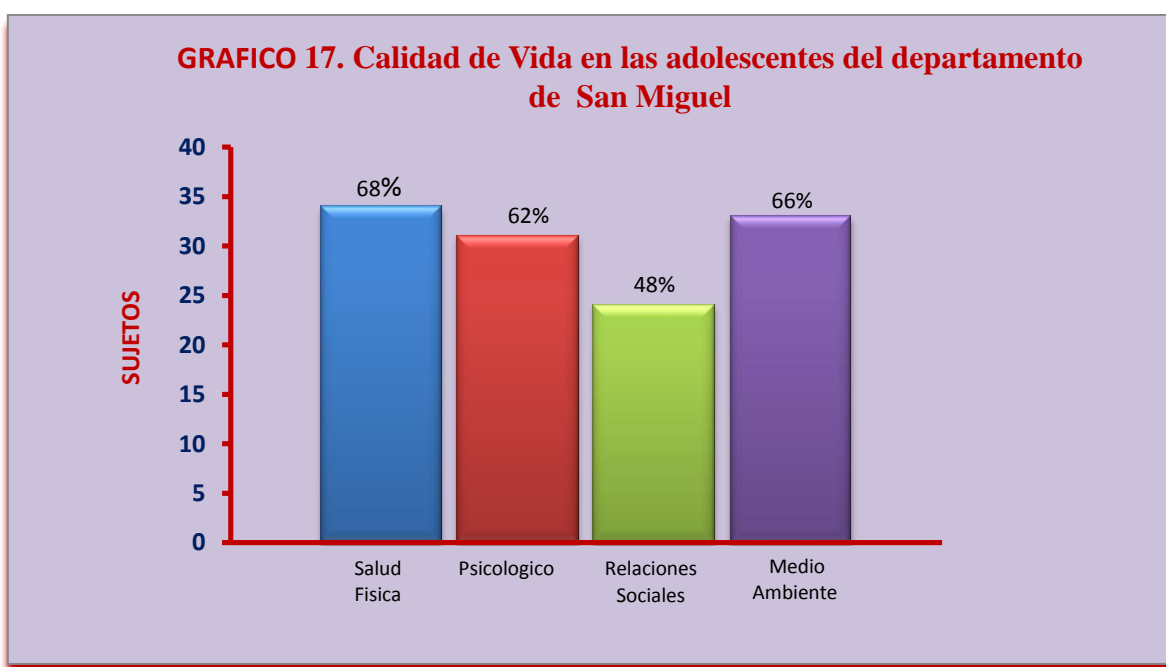


En el gráfico 16, se presentan las principales estadísticas de los resultados del inventario de estrategias de afrontamiento de las adolescentes embarazadas de la zona oriental; el 74% tiene una aplicación baja en resolución de problemas, mientras que un 42.5% tiene una aplicación alta en autocrítica, y un 41.5% con aplicación media en expresión emocional, el 37.5% tiene aplicación media en pensamiento desiderativo, mientras que el 42.5% tienen aplicación baja en apoyo social, el 45.5% tiene una aplicación media en restauración cognitiva; mientras que el 46.5% muestra aplicación máxima evitación de problemas; por último se observa que el 57% presenta aplicación máxima en retirada social.

TABLA 17. Calidad de Vida en el departamento de San Miguel.

Rangos	Salud física		Psicológico		Relaciones sociales		Medio ambiente	
	F	%	F	%	F	%	F	%
0-5	1	2	0	0	0	0	0	0
6-10	7	14	11	22	11	22	14	28
11-15	34	68	31	62	24	48	33	66
16-20	8	16	8	16	15	30	3	6
Total	50	100	50	100	50	100	50	100

En la tabla 17, se presentan las estadísticas de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas del departamento de San Miguel reflejando el rango, además de la frecuencia y el porcentaje en cada factor que integra la calidad de vida.

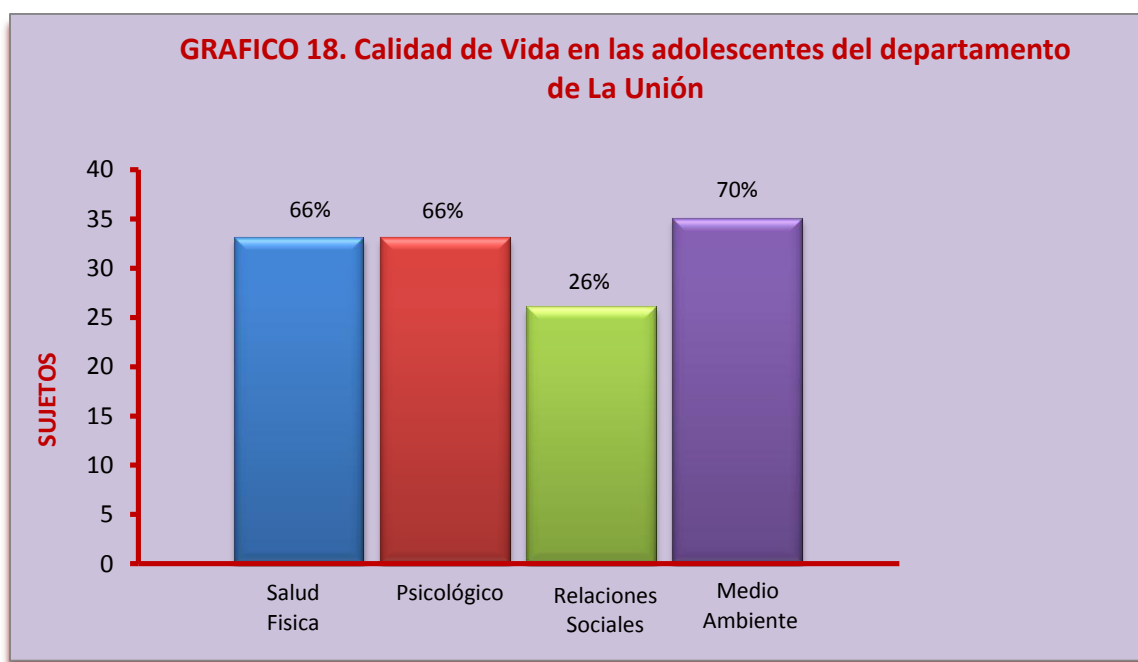


En el gráfico 17, se presentan las principales estadísticas de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas del departamento de San Miguel, reflejando que el 68% tienen una calidad de vida media en el factor de salud física, un 62% tiene calidad de vida media en el factor psicológico, mientras que solo un 48% tiene calidad de vida media en el factor de relaciones sociales, por último el 66% tiene calidad de vida media en el factor de medio ambiente.

TABLA 18. Calidad de Vida en el departamento de La Unión.

Rangos	Salud física		Psicológico		Relaciones sociales		Medio ambiente	
	F	%	F	%	F	%	F	%
0-5	0	0	0	0	0	0	0	0
6-10	3	6	6	12	5	10	8	16
11-15	33	66	33	66	26	52	35	70
16-20	14	28	11	22	19	38	7	14
Total	50	100	50	100	50	100	50	100

En la tabla 18, se presentan las estadísticas de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas del departamento de La Unión reflejando el rango, además de la frecuencia y el porcentaje en cada factor que integra la calidad de vida.

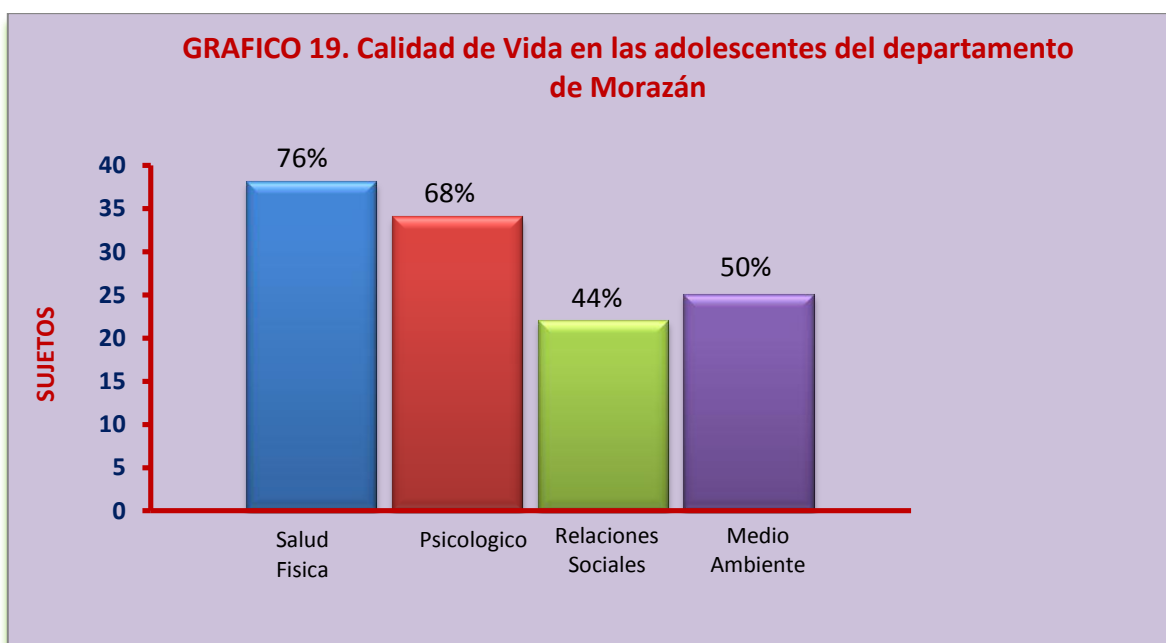


En el gráfico 18, se presentan las principales estadísticas de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas del departamento de La Unión, reflejando que el 66% tienen una calidad de vida media en el factor de salud física, un 66% tiene calidad de vida media en el factor psicológico, mientras que solo un 26% tiene calidad de vida media en el factor de relaciones sociales, y por último se observa que el 70% tiene calidad de vida media en el factor de medio ambiente.

TABLA 19. Calidad de Vida en el departamento de Morazán.

Rangos	Salud física		Psicológico		Relaciones sociales		Medio ambiente	
	F	%	F	%	F	%	F	%
0 – 5	0	0	0	0	4	8	0	0
6 – 10	8	16	15	30	18	36	25	50
11 – 15	38	76	34	68	22	44	24	48
16 – 20	4	8	1	2	6	12	1	2
Total	50	100	50	100	50	100	50	100

En la tabla 19, se presentan las estadísticas de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas del departamento de Morazán reflejando el rango, además de la frecuencia y el porcentaje en cada factor que integra la calidad de vida.

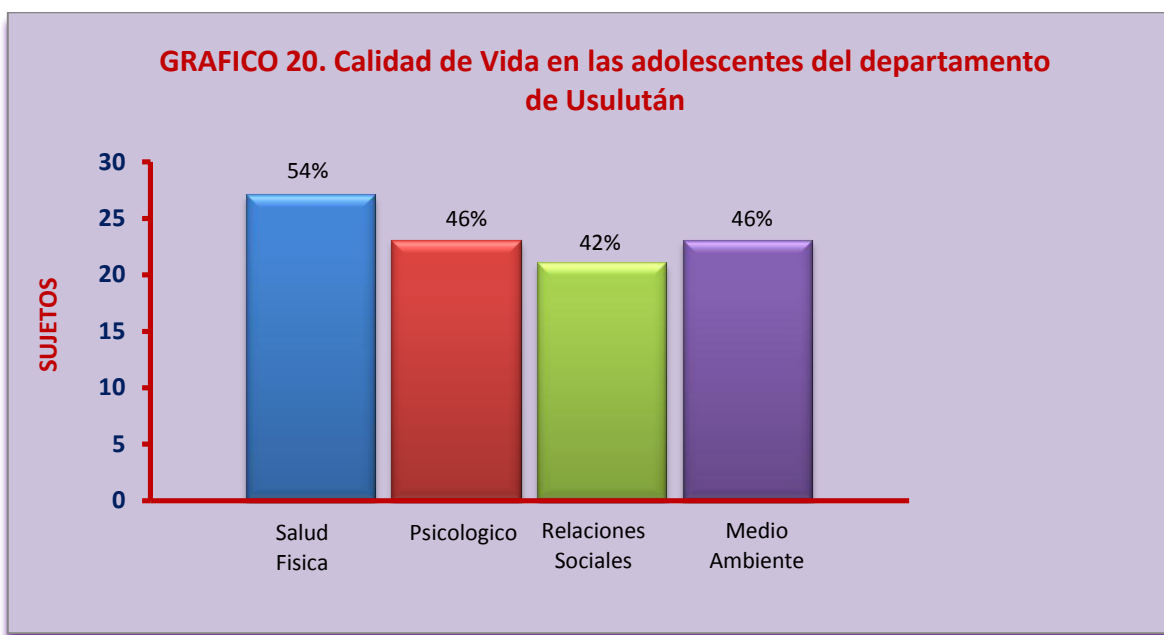


En el gráfico 19, se presentan las principales estadísticas de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas del departamento de Morazán, reflejando que el 76% tienen una calidad de vida media en el factor de salud física, un 68% tiene calidad de vida media en el factor psicológico, mientras que solo un 44% tiene calidad de vida media en el factor de relaciones sociales, y por último se observa que el 50% tiene baja calidad de vida en el factor de medio ambiente.

TABLA 20. Calidad de Vida en el departamento de Usulután.

Rangos	Salud física		Psicológico		Relaciones sociales		Medio ambiente	
	F	%	F	%	F	%	F	%
0 – 5	0	0	1	2	3	6	0	0
6 – 10	15	30	18	36	16	32	23	46
11 – 15	27	54	23	46	21	42	23	46
16 – 20	8	16	8	16	10	20	4	8
Total	50	100	50	100	50	100	50	100

En la tabla 20, se presentan las estadísticas de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas del departamento de Usulután reflejando el rango, además de la frecuencia y el porcentaje en cada factor que integra la calidad de vida.

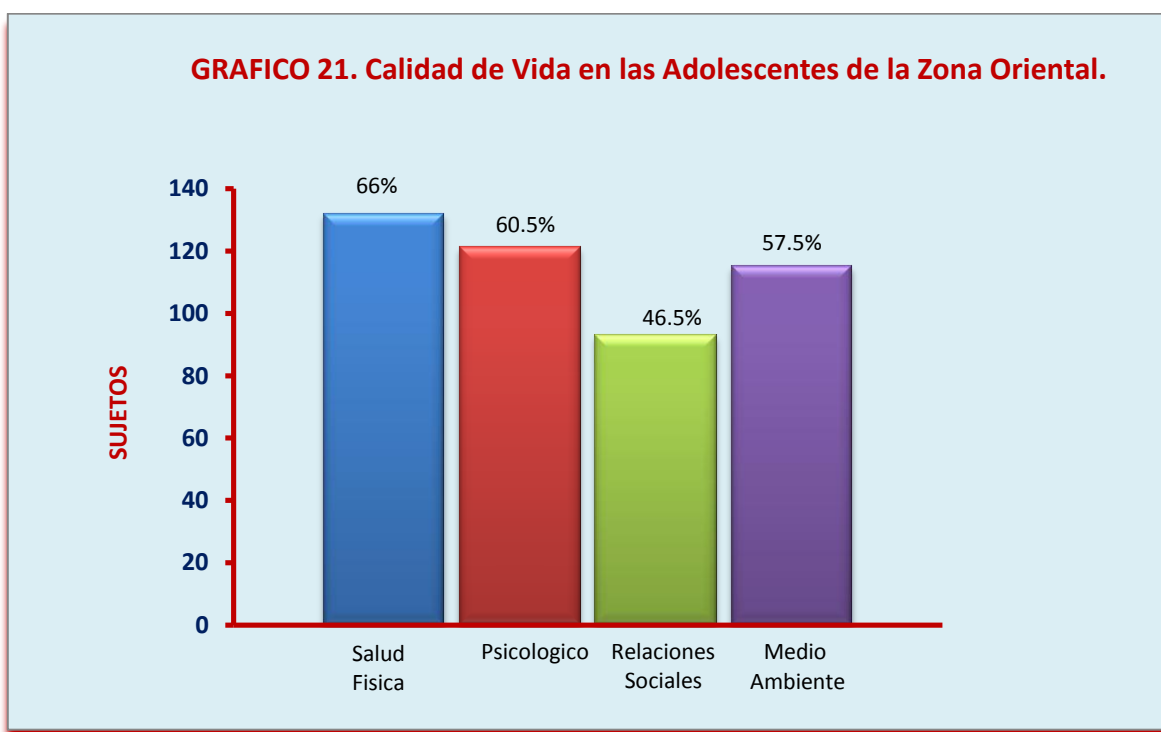


En el gráfico 20, se presentan las principales estadísticas de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas del departamento de Usulután, reflejando que el 54% tienen una calidad de vida media en el factor de salud física, un 46% tiene calidad de vida media en el factor psicológico, mientras que solo un 42% tiene calidad de vida media en el factor de relaciones sociales, y por último se observa que el 46% tiene calidad de vida media en el factor de medio ambiente.

TABLA 21. Resultados generales de Calidad de Vida en la zona oriental.

Rangos	Salud física		Psicológico		Relaciones sociales		Medio ambiente	
	F	%	F	%	F	%	F	%
0-5	1	0.5	1	0.5	7	3.5	0	0
6-10	33	16.5	50	25	50	25	70	35
11-15	132	66	121	60.5	93	46.5	115	57.5
16-20	34	17	28	14	50	25	15	7.5
Total	200	100	200	100	200	100	200	100

En la tabla 21, se presentan las estadísticas generales de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas de la zona oriental, reflejando el rango, además de la frecuencia y el porcentaje en cada factor que integra la calidad de vida.



En el gráfico 21, se presentan las principales estadísticas de los resultados de calidad de vida de las adolescentes embarazadas de la zona oriental, reflejando que el 66% tienen una calidad de vida media en el factor de salud física, un 60.5% tiene calidad de vida media en el factor psicológico, mientras que solo un 46.5% tiene calidad de vida media en el factor de relaciones sociales, y por último se observa que el 57.5% tiene calidad de vida media en el factor de medio ambiente.

5.2 Matriz de Correlaciones.

Tabla 22. Matriz de Correlaciones entre estrategias de afrontamiento, Calidad de vida y utilización de estrategias y la calidad de vida percibida.

		REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	SALFIS	PSIC	RELSOCIA	MEA
Total EA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.529(**)	.493(**)	.563(**)	.562(**)	.521(**)	.522(**)	.625(**)	.606(**)	-.200(**)			
Total CV	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.218(**)	-.512(**)		-.326(**)	.333(**)	.338(**)		-.263(**)	.692(**)	.855(**)	.825(**)	.902(**)
REP	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N			.299(**)		.352(**)	.437(**)	.370(**)	.159(*)		.214(**)	.196(**)	
AUT	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N			.160(*)	.542(**)	-.164(*)	-.175(**)		.531(**)	-.491(**)	-.497(**)	-.457(**)	-.467(**)
EEM	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N				.176(*)	.358(**)	.221(**)	.316(**)	.183(**)				
PSD	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N							.189(**)	.455(**)	-.419(**)	.323(**)	-.274(**)	-.312(**)
APS	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N						.515(**)	.295(**)		.221(**)	.320(**)	.316(**)	.304(**)
REC	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N							.445(**)		.169(*)	.305(**)	.314(**)	.301(**)
EVP	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N								.303(**)			.144(*)	
RES	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N									.365(**)	-.273(**)	-.239(**)	-.265(**)
SALFIS	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N										.624(**)	.611(**)	.606(**)
PSIC	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N											.661(**)	.739(**)
RELSOCIA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N												.708(**)
MEA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N												

En la tabla 22 se presentan los resultados según el coeficiente de correlación de Pearson encontrando que la primera correlación es entre la variable de estrategias de afrontamiento junto con resolución de problemas con 0.529 que es una correlación positiva media; estrategias de afrontamiento y autocrítica con 0.493 que es una correlación positiva débil; estrategias de afrontamiento y expresión emocional con 0.563 que es una correlación positiva media; estrategias de afrontamiento y pensamiento desiderativo con 0.562 que es una correlación positiva media; estrategias de afrontamiento y apoyo social con 0.521 que es una correlación positiva media; estrategias de afrontamiento y reestructuración cognitiva con 0.522 que es una correlación positiva media; estrategias de afrontamiento y evitación de problemas con 0.625 que es una correlación positiva media; estrategias de afrontamiento y retirada social con 0.606 que es una correlación positiva media. Así mismo estrategias de afrontamiento y salud física con -0.200 que es una correlación negativa muy débil.

Los resultados entre la variable de calidad de vida junto a resolución de problemas es de 0.218 que es una correlación positiva muy débil; calidad de vida y autocrítica con -0.512 que es una correlación negativa media; calidad de vida y pensamiento desiderativo con -0.326 que es una correlación negativa débil; calidad de vida y apoyo social con 0.333 que es una correlación positiva débil; calidad de vida y reestructuración cognitiva con 0.338 que es una correlación positiva débil; calidad de vida y retirada social con -0.263 que es una correlación negativa débil; calidad de vida y salud física con 0.692 que es una correlación positiva media; calidad de vida y psicológico con 0.855 que es una correlación positiva considerable; calidad de vida y relaciones sociales con 0.825 que es una correlación positiva considerable; calidad de vida y medio ambiente con 0.902 que es una correlación positiva muy fuerte.

La correlación entre resolución de problemas y expresión emocional es de 0.299 que es una correlación positiva baja; resolución de problemas y apoyo social 0.352 que es una correlación positiva débil; resolución de problemas y reestructuración cognitiva con 0.437 que es una correlación positiva débil; resolución de problemas y evitación de problemas con 0.370 es una correlación positiva débil; resolución de problemas y retirada social con 0.159 que es una correlación positiva muy débil; resolución de problemas y psicológico 0.214 que es una correlación positiva muy débil; resolución de problemas y relaciones sociales con 0.196 que es una correlación positiva muy débil.

Autocrítica y expresión emocional con 0.160 es una correlación positiva muy débil; autocrítica y pensamiento desiderativo 0.542 que es una correlación positiva media; autocrítica y apoyo social con -0.164 es una correlación negativa muy débil; autocrítica y reestructuración cognitiva con -0.175 es una correlación negativa muy débil; autocrítica y retirada social 0.531 que es una correlación positiva media; autocrítica y salud física -0.491 es una correlación negativa débil; autocrítica y psicológico -0.497 que es una correlación negativa débil; autocrítica y relaciones sociales con -0.457 que es una correlación negativa débil; autocrítica y medio ambiente con -0.467 que es una correlación negativa débil.

Expresión emocional y pensamiento desiderativo con 0.176 es una correlación positiva muy débil; expresión emocional y apoyo social 0.358 que es una correlación positiva débil; expresión emocional y reestructuración cognitiva 0.221 que es una correlación positiva muy débil; expresión emocional y evitación de problemas 0.316 que es una correlación positiva débil; expresión emocional y retirada social con 0.183 que es una correlación positiva muy débil.

Pensamiento desiderativo y evitación de problemas con 0.189 que es una correlación positiva muy débil; pensamiento desiderativo y retirada social con 0.455 que es una correlación positiva débil; pensamiento desiderativo y salud física con -0.419 que es una correlación negativa débil; pensamiento desiderativo y psicológico con -0.323 que es una correlación negativa débil; pensamiento desiderativo y relaciones sociales con -0.274 que es una correlación negativa débil; pensamiento desiderativo y medio ambiente con -0.312 que es una correlación negativa débil.

Apoyo social y reestructuración cognitiva con 0.515 que es una correlación positiva media; apoyo social y evitación de problemas con 0.295 que es una correlación positiva débil; apoyo social y salud física con 0.221 que es una correlación positiva muy débil; apoyo social y psicológico con 0.320 que es una correlación positiva débil; apoyo social y relaciones sociales con 0.316 que es una correlación positiva débil; apoyo social y medio ambiente con 0.304 es una correlación positiva débil.

Reestructuración cognitiva y evitación de problemas con 0.445 que es una correlación positiva débil; reestructuración cognitiva y salud física con 0.169 que es una correlación positiva muy débil; reestructuración cognitiva y psicológico con 0.305 que es

una correlación positiva débil; reestructuración cognitiva y relaciones sociales con 0.314 que es una correlación positiva débil; reestructuración cognitiva y medio ambiente con 0.301 que es una correlación positiva débil.

Evitación de problemas y retirada social con 0.303 que es una correlación positiva débil así mismo evitación de problemas y relaciones sociales con 0.144 que es una correlación positiva muy débil.

Retirada social y salud física con -0.365 que es una correlación negativa débil; retirada social y psicológico con -0.273 que es una correlación negativa débil; retirada social y relaciones sociales con -0.239 que es una correlación negativa muy débil; retirada social y medio ambiente con -0.265 que es una correlación negativa débil.

Los dominios que engloba calidad de vida es entre: Salud física y psicológico con 0.624 que es una correlación positiva media; salud física y relaciones sociales con 0.611 que es una correlación positiva media; salud física y medio ambiente con 0.606 que es una correlación positiva media.

También psicológico y relaciones sociales con 0.661 que es una correlación positiva media, además se correlaciona con medio ambiente teniendo un total de 0.739 que es una correlación positiva considerable. Por último relaciones sociales y medio ambiente con 0.708 que es una correlación positiva considerable.

5.3 Medias de Estrategias de Afrontamiento.

REP: Resolución de problemas.
 AUT: Autocrítica.
 EEM: Expresión emocional.
 PSD: Pensamiento desiderativo.

APS: Apoyo social.
 REC: Reestructuración cognitiva.
 EVP: Evitación de problemas.
 RES: Retirada social.

TABLA 23. Media de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Lugar de Nacimiento.

Lugar de Nacimiento	Estrategia de Afrontamiento	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
San Miguel	70.12	9.06	9.22	9.38	10.36	8.60	7.88	7.88	7.16
La Unión	70.50	10.54	6.78	8.94	9.74	9.54	9.60	9.02	6.72
Morazán	67.54	8.66	8.50	8.66	10.88	7.70	7.78	8.16	7.22
Usulután	78.26	10.04	10.96	10.26	12.64	8.56	8.56	8.34	8.68

En la tabla 23 se presentan las medias de las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas según el lugar de nacimiento, en el cual se refleja que la media alta es en el departamento de Usulután con 78.26, mientras que en los factores como la estrategia REP predomina el departamento de La Unión con 10.54; pero en la estrategia AUT es Usulután con 10.96, también en la estrategia EEM es Usulután con 10.26, además en la estrategia PSD es Usulután con 12.64; pero la estrategia APS es La Unión con 9.54, así mismo la estrategia REC es La Unión con 9.60 y la estrategia EVP es La Unión con 9.02 sin embargo la última estrategia RES es Usulután con 8.68.

TABLA 24. Media de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Estado Civil.

Estado Civil	Estrategia de Afrontamiento	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
Casada	73.08	10.46	7.69	10.62	10.31	10.31	9.15	7.69	7.08
Soltera	78.51	10.78	11.65	9.96	12.57	9.22	8.59	8.33	7.86
Acompañada	69.01	9.07	7.99	8.96	10.37	8.22	8.34	8.42	7.33

En la tabla 24 se presentan las medias de las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas según el estado civil, reflejando que la media alta es soltera con 78.51 mientras que los factores como la estrategia REP es soltera con 10.78 e igual la estrategia AUT es soltera con 11.65, pero la estrategia EEM es casada con 10.62, mientras que la estrategia PSD es soltera con 12.57, en la estrategia APS es casada con 10.31 también en la estrategia REC es casada con 9.15, siendo la estrategia EVP acompañada con 8.42 y por último la estrategia RES es soltera con 7.86.

TABLA 25. Medias de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Nivel Educativo.

Nivel Educativo	Estrategia de Afrontamiento	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
Primer Ciclo	65.89	8.61	9.83	7.83	11.50	5.78	6.89	7.83	7.56
Segundo Ciclo	70.80	9.10	10.68	9.29	11.73	7.66	7.32	7.68	7.76
Tercer Ciclo	72.38	9.64	8.13	9.45	11.02	8.93	8.60	8.69	7.64
Bachiller	72.87	10.15	8.35	9.59	9.89	9.72	9.61	8.48	6.85

En la tabla 25 se presentan las medias de las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas según el nivel educativo, reflejando que la media alta es bachiller con 72.87, mientras que en los factores como la estrategia REP es bachiller con 10.15, además en la estrategia AUT es segundo ciclo con 10.68, pero en la estrategia EEM es bachiller con 9.59, en la estrategia PSD es segundo ciclo con 11.73, además en la estrategia APS es bachiller con 9.72 así mismo la estrategia REC es bachiller con 9.61, pero la estrategia EVP es tercer ciclo con 8.69 y por último la estrategia RES es segundo ciclo con 7.76.

TABLA 26. Media de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Ocupación.

Ocupación	Estrategia de Afrontamiento	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
Ama de Casa	71.55	9.56	8.62	9.30	11.01	8.50	8.48	8.35	7.55
Estudiante	69.24	9.64	7.36	9.12	9.24	10.00	9.00	8.28	6.52
Vendedora Informal	74.42	9.58	11.96	9.54	11.96	7.79	7.75	8.42	7.75

En la tabla 26 se presenta las medias de las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas según la ocupación, reflejando que la media alta es vendedora informal con 74.42, mientras que en los factores como la estrategia REP es estudiante con 9.64, pero en la estrategia AUT es vendedora informal con 11.96, también la estrategia EEM es vendedora informal con 9.54 y la estrategia PSD es vendedora informal con 11.96, sin embargo la estrategia APS es estudiante con 10.00 y la estrategia REC es estudiante con 9.00, pero la estrategia EVP es vendedora informal con 8.42 y la estrategia RES es vendedora informal con 7.75.

TABLA 27. Media de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Procedencia.

Procedencia	Estrategia de Afrontamiento	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
Rural	71.56	9.14	9.33	9.25	11.16	8.33	8.31	8.44	7.54
Urbana	71.66	10.04	8.36	9.38	10.63	8.90	8.61	8.25	7.34

En la tabla 27 se presentan las medias de las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas según la procedencia, reflejando que la media alta es urbana con 71.66, mientras que en los factores como la estrategia REP es urbana con 10.04, además en la estrategia AUT es rural con 9.33, pero en la estrategia EEM es urbana con 9.38, siendo en la estrategia PSD rural con 11.16, sin embargo la estrategia APS es urbana con 8.90 así mismo la estrategia REC es urbana con 8.61, pero la estrategia EVP es rural con 8.44 y la estrategia RES es rural con 7.54.

5.4 Medias de Calidad de Vida.

TABLA 28. Media de Calidad de Vida de las Adolescentes Embarazadas según su Lugar de Nacimiento.

Lugar de Nacimiento	Calidad de Vida	Salud Física	Psicológico	Relaciones Sociales	Medio Ambiente
San Miguel	72.36	22.72	18.70	9.68	23.34
La Unión	76.66	25.28	20.20	10.64	24.98
Morazán	67.12	22.08	17.40	8.26	21.20
Usulután	67.92	21.32	17.54	8.62	21.68

En la tabla 28 se presentan las medias de calidad de vida que utilizan las adolescentes embarazadas según su lugar de nacimiento, reflejando que la media alta es el departamento de La Unión con 76.66, mientras que en sus dominios como la salud física es La Unión con 25.28 así mismo el dominio psicológico es La Unión con 20.20, también el dominio de las relaciones sociales es La Unión con 10.64 y por último el dominio medio ambiente es La Unión con 24.98.

TABLA 29. Media de Calidad de Vida de las Adolescentes Embarazadas según su Estado Civil.

Estado Civil	Calidad de Vida	Salud Física	Psicológico	Relaciones Sociales	Medio Ambiente
Casada	77.00	24.46	20.69	10.69	25.31
Soltera	66.47	21.71	17.16	7.86	20.69
Acompañada	72.07	23.10	18.71	9.68	23.31

En la tabla 29 se presentan las medias de calidad de vida que utilizan las adolescentes embarazadas según su estado civil, reflejando que la media alta es casada con 77.00, mientras que en sus dominios como la salud física es casada con 24.46, también el dominio psicológico es casada con 20.69 así mismo el dominio de las relaciones sociales es casada con 10.69, e igual el dominio medio ambiente es casada con 25.31.

TABLA 30. Media de Calidad de Vida de las Adolescentes Embarazadas según su Nivel Educativo.

Nivel Educativo	Calidad de Vida	Salud Física	Psicológico	Relaciones Sociales	Medio Ambiente
Primer Ciclo	64.39	21.28	16.44	8.50	19.67
Segundo Ciclo	65.37	20.54	16.41	8.41	20.73
Tercer Ciclo	71.41	23.43	18.62	9.37	22.80
Bachiller	76.87	24.20	20.43	10.13	25.41

En la tabla 30 se presentan las medias de calidad de vida que utilizan las adolescentes embarazadas según su nivel educativo, reflejando que la media alta es bachiller con 76.87, mientras que en sus dominios como la salud física es bachiller con 24.20, además el dominio psicológico es bachiller con 20.43, junto con el dominio relaciones sociales es bachiller con 10.13 y el dominio medio ambiente es bachiller con 25.41.

TABLA 31. Media de Calidad de Vida de las Adolescentes Embarazadas según su Ocupación.

Ocupación	Calidad de Vida	Salud Física	Psicológico	Relaciones Sociales	Medio Ambiente
Ama de Casa	70.73	22.85	18.40	9.32	22.58
Estudiante	78.52	25.04	21.00	10.12	26.32
Vendedora Informal	65.00	20.58	16.21	8.33	20.50

En la tabla 31 se presentan las medias de calidad de vida que utilizan las adolescentes embarazadas según su ocupación, reflejando que la media alta es estudiante con 78.52, mientras que en sus dominios como la salud física es estudiante con 25.04, así mismo el dominio psicológico es estudiante con 21.00, e igual el dominio relaciones sociales es estudiante con 10.12 y por último el dominio medio ambiente es estudiante con 26.32.

TABLA 32. Media de Calidad de Vida de las Adolescentes Embarazadas según su Procedencia.

Procedencia	Calidad de Vida	Salud Física	Psicológico	Relaciones Sociales	Medio Ambiente
Rural	68.56	22.00	17.74	8.91	21.77
Urbana	73.68	23.77	19.24	9.72	23.92

En la tabla 32 se presentan las medias de calidad de vida que utilizan las adolescentes embarazadas según su procedencia, reflejando que la media alta es urbana con 73.68, mientras que en sus dominios como la salud física es urbana con 23.77, e igual el dominio psicológico es urbana con 19.24, junto al dominio relaciones sociales es urbana con 9.72 y el dominio medio ambiente es urbana con 23.92.

CAPITULO VI

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

6.1 Discusión.

Este estudio se enfoca en el análisis de la relación que existe entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes embarazadas atendidas en los hospitales públicos de la zona oriental durante el Año 2013, con una muestra de 200 participantes que eran usuarias de los centros asistenciales, tales como el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel, Hospital Nacional de San Francisco Gotera, el Hospital Nacional de La Unión, o el Hospital Nacional General San Pedro de Usulután.

Se determinó esta población considerando que la alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, solo superada por África, no sólo persiste sino que va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región. Entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente. El embarazo adolescente también pone de relieve la violencia sexual contra las mujeres. Una de las regiones más afectadas por este problema es Centroamérica.

Un dato estadístico alarmante es que más de 490 niñas con edades entre los 10 y 14 años y un aproximado de seis mil 700 entre los 15 y 19, resultan embarazadas al año en la zona oriental, según datos proporcionados por el Ministerio de Salud.

Por ejemplo las embarazadas que se atendieron en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios San Miguel, durante el año 2012 fueron de 12,420 de los cuales 3,577 eran adolescentes, las cuales estaban asociadas a enfermedades como infecciones, hipertensión, preclancia, falso parto, entre otras enfermedades.

Mientras que en Hospital Nacional de San Francisco Gotera, durante el año 2012, se atendieron a 1,637 adolescentes embarazadas, y en lo que va del año 2013 de enero a mayo ya se atendieron 584 casos.

En el Hospital Nacional de La Unión, durante el año 2012 se atendieron 1,080 embarazadas de las cuales 249 eran adolescentes, mientras en lo que va del año 2013 durante los meses de enero a mayo, se han atendido 451, de las que 109 son adolescentes que se encuentran en estado de embarazo.

En el Hospital Nacional General San Pedro de Usulután, durante el año 2012 se atendieron 797 adolescentes embarazadas, mientras en lo que va del año 2013 de enero a junio ya se atendieron 322 casos.

Además se consideró que los embarazos en la adolescencia son un problema social y económico que no hay que perder de vista. Lo alarmante es que en los últimos años aumentó en las menores de edad de los cuatro departamentos orientales. Según la doctora Roxana Zelaya, encargada del programa Médico Prenatal de la Regional de Salud en San Miguel, los embarazos en las adolescentes se da sobre todo en las zonas rurales del país (evidentemente es así la situación porque los resultados del estudio reflejan que el 52% de las embarazadas son de la zona rural). Otra de las causas señalada por la galena es la violencia intrafamiliar, que las jóvenes viven en sus hogares, así mismo la desintegración familiar, (esto se confirma con la actual investigación porque el 63% de las adolescentes embarazadas en estudio provienen de una familia desintegrada), al igual que el abuso sexual en las menores. La falta de educación sexual en el área rural es parte de las causas de los embarazos no deseados, según el Ministerio de Salud.

Así mismo se retoma la definición del Manual de Medicina de la Adolescencia, Torres J. Silber y colaboradores que definen el embarazo en la adolescencia como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero igual edad de la menarquía), o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. (En este caso el 65.5% de las adolescentes embarazadas aún son dependientes ya sea por su madre o su padre). Ha sido llamado síndrome de fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. El embarazo no planificado desempeña un papel fundamental en la determinación de las oportunidades futuras de la joven ya que puede desorganizar su vida, su educación y relación familiar.

Según González, citado en Molina 1991, el embarazo en adolescentes es un evento inesperado, sorpresivo que se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.

Algunos autores afirman que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un “Síndrome del fracaso”, ya que la adolescente suele fracasar en el logro de metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, 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.

El nivel escolar de las adolescentes embarazadas en esta investigación lo confirman puesto que solo el 27% de ellas estudiaron hasta el bachillerato porcentaje que es muy bajo para el número de participantes.

Es posible que ya no podrá 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 también un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí misma, autoestima e identidad personal.

Es probable que la adolescente sufra rechazo a causa de su embarazo, la madre recibe desprecio, violencia y discriminación de parte de los demás.

Por lo anterior expuesto se consideró que investigar a las adolescentes embarazadas era muy importante, seleccionando así la zona oriental para dicho estudio, retomando dos aspectos significativos que determinan el bienestar de las adolescentes, los cuales son las estrategias de afrontamiento que estas aplican para enfrentar situaciones estresantes en este caso su embarazo; así mismo la calidad de vida que les permiten facilitar su situación.

Considerando que Erica Frydemberg (1997) define al afrontamiento como «las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas».

La autora antes citada afirma que es fundamental que el psicólogo identifique las estrategias de afrontamiento de los/las adolescentes con los que se relaciona, para poder así conocer sus sentimientos, ideas y conductas. También señala la importancia de su estudio e identificación, al afirmar que estas estrategias pueden repercutir en el nivel de bienestar psicológico de cada sujeto.

E. Frydemberg considera que es muy importante dedicarse a estudiar a los adolescentes en general, argumentando que en esta etapa del ciclo vital se desarrollan competencias psicosociales muy importantes para el presente y el futuro del cada sujeto.

En 1997 Frydemberg y Lewis señalaron que la adolescencia es una fase del desarrollo en el que se producen retos y obstáculos de especial importancia. En primer lugar, en la adolescencia, es necesario el logro del desarrollo de la propia identidad y conseguir la independencia de la familia, manteniendo, al mismo tiempo, la conexión y pertenencia al grupo de pares. En segundo lugar, los autores mencionados señalan que se produce una transición de la infancia a la edad adulta, caracterizada por cambios fisiológicos y un desarrollo cognitivo importante.

El individuo en ese momento se ve exigido a cumplir ciertos papeles sociales en relación a sus compañeros y a los miembros del otro sexo, y al mismo tiempo, a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su carrera profesional.

Cada uno de estos pasos del desarrollo requiere de una capacidad de afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectivas, como ya se señaló anteriormente.

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como aquel esfuerzo cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos.

Los autores procedentes citados conciben que el afrontamiento constituya un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan además que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

Según la OMS, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos.

Maslow planteó que existen tendencias que se consideran como básicas para poder evaluar una vida como poseedora de calidad o bien tendencias objetivas, estas son fundamentalmente la satisfacción de las necesidades básicas y ello queda en evidencia si se le pregunta a una persona qué es calidad de vida, muchos lo relacionan con el acceso a un trabajo digno y bien remunerado que les permita acceder a bienes y servicios básicos como vivienda, educación, salud y nutrición, servicios públicos, movilidad vial, recreación, seguridad, entre muchos otros.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la adolescencia el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Los adolescentes tienen preocupaciones que se sienten como abrumados e incapaces y hasta en algunos casos pueden llegar a conducirlos a la depresión profunda o el suicidio. Proponiendo Frydemberg y Lewis ayudar que los adolescentes sean más conscientes de sus estrategias para que puedan a partir de allí reflexionar sobre ellas y eventualmente, las puedan modificar para llegar a ser

adultos más sanos. Esta reflexión es fundamental ya que la forma en que los adolescentes afrontan sus problemas puede establecer patrones de conducta para su vida futura, trayendo graves consecuencias individuales y sociales.

La adolescencia ha sido considerada como una etapa en la cual existe un importante riesgo de estrés ya que durante ella se producen muchos cambios que pueden valorarse como estresores porque desequilibra la interacción habitual del sujeto con su medio, por lo que está considerada como un periodo crítico de desarrollo humano. Otro aspecto a destacar es que existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede operar en una persona, el uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce.

El embarazo en la adolescencia se puede considerar una situación de estrés, pues existen mayor vulnerabilidad a padecer desajustes en el equilibrio sujeto – entorno psicosocial debido tanto a las demandas del entorno y de la propia dinámica evolutiva como a las características cognitivas y conductuales que determinan la forma de afrontar esas demandas ya que durante esta situación la resolución de esos desequilibrios dinamiza la evolución individual porque para lograr la misma, el sujeto debe poner en marcha determinados recursos personales o crear otros.

En esta investigación se alcanzó el primer objetivo específico, el cual es identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental y en base a los resultados se reflejó que el 57% presenta una aplicación máxima en la estrategia retirada social, que son estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; así mismo el 46.5% muestra aplicación máxima en evitación de problemas; las cual incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; mientras que el 42.5% tiene una aplicación alta en autocrítica, que está basada en la autoinculpción y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Se encontró también que el 45.5% tiene una aplicación media en restauración cognitiva, la que modifican el significado de la situación estresante, un 41.5% indica una aplicación media en expresión emocional, esta va encaminada a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; igualmente el 37.5% determino una aplicación media en pensamiento desiderativo, este reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; por último se observa que el 74% tiene una aplicación baja en resolución de problemas; este implica estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar

el estrés modificando la situación que lo produce y un 42.5% aplicación baja en apoyo social, que se refiere a la búsqueda de apoyo emocional

También se logró el segundo objetivo determinar el índice de calidad de vida de las adolescentes embarazadas. Según los resultados obtenidos la calidad de vida de las adolescentes embarazadas de la zona oriental, reflejan que el 66% tienen una calidad de vida media en el factor de salud física, que incluye; energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso. Un 60.5% tiene calidad de vida media en el factor psicológico, este implica; imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. Mientras que solo un 46.5% tiene calidad de vida media en el factor de relaciones sociales, este incluye; relaciones sociales, apoyo social y actividad sexual. Y por último se observa que el 57.5% tiene calidad de vida media en el factor de medio ambiente, este implica; recursos económicos, libertad y seguridad física, accesibilidad y calidad del sistema sanitario, ambiente del hogar, oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas, actividades de ocio, medio ambiente y transporte.

A través de la información obtenida en la recolección de datos se cumplió el tercer objetivo identificar las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas, reflejando que las edades comprendidas de 12 a 13 años es 1%; así mismo el 14% de 14 a 15 años; el 45% de 16 a 17 años, siendo el rango más alto de embarazadas atendidas mientras que el 40% corresponde a los 18 a 19 años. El estado civil tenemos que el 6.50% son casadas; mientras que el 24.50% son solteras, y un 69% están acompañadas. La escolaridad de las adolescentes el 9% solamente han estudiado primer ciclo; el 20.50% han estudiado segundo ciclo; mientras que el 43.50% han estudiado tercer ciclo, por último el 27% han estudiado bachillerato. Los resultados estadísticos de la procedencia, las pertenecientes a la zona rural es el porcentaje mayor con el 52% mientras que el 48% corresponden a la zona urbana. El tipo de familia se registra que el 37% provienen de familia integrada mientras que el porcentaje alto es de 63% que provienen de una familia desintegrada. El tipo de religión a la que pertenecen las adolescentes, se refleja que el 31% pertenecen a la católica, el 23.5% pertenecen a la evangélica y el 45.5%, no asisten a ninguna religión. Los datos revelaron con quien viven las adolescentes dando como resultado que el 15.5% solamente viven con su padre, el 42.5% solamente viven con su madre y el 42% no contestaron; así mismo se encontró que quien les aporta ingresos a las adolescentes; el 19.5% su padre, mientras que al 46% su madre y el 34.5% no contestaron. Además identifiqué quien aceptan el embarazo de las adolescentes de la Zona Oriental; donde el 22.5% su padre lo acepta, mientras que un 65% lo acepta su madre y el 12.5% no contestaron.

La correlación que existe entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida de las adolescentes embarazadas.

La correlación que existe entre la variable estrategia de afrontamiento y únicamente con el factor de calidad de vida salud física es con -0.200 que es una correlación negativa muy débil. Además la variable estrategia de afrontamiento se correlaciona con sus factores como es entre estrategia de afrontamiento y resolución de problemas con 0.529 que es una correlación positiva media; pero en la estrategia de afrontamiento y autocrítica es de 0.493 que es una correlación positiva débil; además la estrategias de afrontamiento y expresión emocional con 0.563 que es una correlación positiva media; también estrategia de afrontamiento y pensamiento desiderativo con 0.562 que es una correlación positiva media; en la estrategia de afrontamiento y apoyo social con 0.521 que es una correlación positiva media; así mismo en la estrategia de afrontamiento y reestructuración cognitiva con 0.522 que es una correlación positiva media, e igual en la estrategia de afrontamiento y evitación de problemas con 0.625 que es una correlación positiva media y por último estrategia de afrontamiento y retirada social con 0.606 que es una correlación positiva media.

La variable de calidad de vida y estrategia de afrontamiento es que la calidad de vida se correlaciona con los factores de estrategia de afrontamiento siendo calidad de vida y resolución de problemas de 0.218 que es una correlación positiva muy débil, pero calidad de vida y autocrítica con -0.512 que es una correlación negativa media; mientras que calidad de vida y pensamiento desiderativo con -0.326 que es una correlación negativa débil; además calidad de vida y apoyo social con 0.333 que es una correlación positiva débil también calidad de vida y reestructuración cognitiva con 0.338 que es una correlación positiva débil, por último calidad de vida y retirada social con -0.263 que es una correlación negativa débil. Así mismo calidad de vida se correlaciona con sus dominios en el cual es calidad de vida y salud física con 0.692 que es una correlación positiva media; también calidad de vida y psicológico con 0.855 que es una correlación positiva considerable e igual calidad de vida y relaciones sociales con 0.825 que es una correlación positiva considerable, por último calidad de vida y medio ambiente con 0.902 que es una correlación positiva muy fuerte.

Sugerencias para próximas investigaciones relacionadas con el presente tema.

A los profesionales interesados en la salud mental de las y los adolescentes

Implementar programas de salud sexual y reproductiva en las zonas rurales.

Para los futuros investigadores

Los instrumentos utilizados brindaron resultados satisfactorios, son buenas propiedades psicométricas, su brevedad, la sencillez de aplicación y recolección, la versatilidad en el análisis; pudiendo detallar o generalizar. Y la posibilidad de combinar la información cualitativa y cuantitativa entre otras cualidades hace que valga la pena considerar su uso no solo en la investigación sino también en la práctica clínica.

Realizar entrevistas cualitativas para obtener información de aspectos relevantes que implican las estrategias de afrontamiento y calidad de vida de las adolescentes embarazadas.

6.2 Conclusiones.

Las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas de la Zona Oriental son las estrategia retirada social considerando que el 57% de la muestra presenta una aplicación máxima, esto significa que utilizan las estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; así mismo el 46.5% muestra aplicación máxima en evitación de problemas; las cual incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante en este caso el embarazo; mientras que el 42.5% tiene una aplicación alta en autocrítica, que está basada en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Se determinó el índice de calidad de vida de las adolescentes embarazadas, y se encontró que el 66% tienen una calidad de vida media en el factor de salud física, un 60.5% tiene calidad de vida media en el factor psicológico, mientras que solo un 46.5% tiene calidad de vida media en el factor de relaciones sociales, y por último se observa que el 57.5% tiene calidad de vida media en el factor de medio ambiente, lo que implica satisfacción en las adolescentes.

Las características sociodemográficas de las participantes fueron, entre las edades comprendidas de 12 a 13 años es 1%; así mismo el 14% de 14 a 15 años; el 45% de 16 a 17 años, siendo el rango más alto mientras que el 40% corresponde a las de 18 a 19 años. En el estado civil resultó que el 6.50% son casadas; mientras que el 24.50% son solteras, y un 69% están acompañadas. Su escolaridad del 9% primer ciclo; el 20.50% segundo ciclo; mientras que el 43.50% tercer ciclo, y el 27% bachillerato. Su procedencia, es que la zona rural es el porcentaje mayor con el 52% mientras que el

48% corresponden a la zona urbana. El tipo de familia el 37% proviene de familia integrada mientras que el 63% provienen de una familia desintegrada. El tipo de religión a la que pertenecen las adolescentes, se refleja que el 31% pertenecen a la católica, el 23.5% pertenecen a la evangélica y el 45.5%, no asisten a ninguna religión. Los datos revelaron con quien viven las adolescentes dando como resultado que el 15.5% solamente viven con su padre, el 42.5% solamente viven con su madre y el 42% no contestaron; así mismo se encontró que quien les aporta ingresos a las adolescentes; el 19.5% su padre, mientras que al 46% su madre y el 34.5% no contestaron. Además identificó quien aceptan el embarazo; y el 22.5% su padre lo acepta, mientras que un 65% lo acepta su madre y el 12.5% no contestaron.

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

En cuanto a la variable calidad de vida se correlaciona con los factores de estrategia de afrontamiento siendo calidad de vida y autocrítica con -0.512 que es una correlación negativa media; Así mismo calidad de vida se correlaciona con sus dominios y se refleja que calidad de vida y salud física con 0.692 que es una correlación positiva media; también calidad de vida y psicológico con 0.855 que es una correlación positiva considerable e igual calidad de vida y relaciones sociales con 0.825 que es una correlación positiva considerable, por ultimo calidad de vida y medio ambiente con 0.902 que es una correlación positiva muy fuerte.

6.3 Referencias Bibliográficas.

Cano García L. Rodríguez Franco J. García Martínez Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Casullo, M. (1998) Adolescentes en riesgo. Buenos Aires: Paidós.

Della Mora y Landoni (2005) Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires Argentina.

Della Mora, M. & Landoni, A (2003) Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en relación con los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la Ciudad de Buenos Aires *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 22 (1) 3:10.

Gerargor Dobill 2002 Realizo una intervención para observar el impacto de un programa en las estrategias de afrontamiento de los adolescentes. Afirmando una disminución de las conductas de ansiedad y timidez.

Gonzales, Montoya y Casullo (2001), señalaron que las estrategias de afrontamiento utilizados por los adolescentes pueden influir en su desarrollo psicológico.

López Salas, A. M.(2011). Personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas. Tesis Licenciatura. Psicología. Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas Puebla.

Universidad Nacional "Hermilio Valdizan" Estrategias de afrontamiento y calidad de vida de las adolescentes embarazadas. Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huanacu 2008-2009.

Metodología de la Investigación - Sampieri 4ª edición (2006)

<http://es.calameo.com/read/0012534112f24a1520bc7> (consultada el 20 de febrero de 2013)

www.psicologiacientifica.com/adolescentes-embarazadas- (consultada el 25 de febrero de 2013)

Anexo 1: Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

Reciba un atento y respetuoso saludo; por este medio se le informa que Ud. ha sido seleccionada para participar en la investigación realizada por la Universidad de El Salvador Facultad Multidisciplinaria Oriental sobre el tema “Análisis de la relación entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental durante el año 2013.” Bajo la responsabilidad de Nancy Carolina López Velásquez y sus compañeras Brenda Judith López Sánchez y Elia Marilyn Sorto. Con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento y el índice de calidad de vida de las adolescentes embarazadas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de dos instrumentos sobre la calidad de vida y estrategias de afrontamiento. La aplicación de los instrumentos no implica riesgos para la madre ni para el feto, ya que son preguntas de su vida cotidiana.

La participación en esta investigación es voluntaria. La información que se proporcione será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los lineamientos de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación de participante y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas de los cuestionarios le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora. La evaluación durará un aproximado de 30 minutos.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, desarrollada por Nancy Carolina López Velásquez. He sido informada del propósito de este estudio, que consiste en identificar las estrategias de afrontamiento y el índice de calidad de vida de las adolescentes embarazadas a través de la aplicación de instrumentos psicológicos, y de esta forma proporcionar datos relevantes que interesen a nuevos investigadores y demás personal interesados en esta área.

De manera tal que me ha indicado que tendré que responder instrumentos y datos personales que faciliten la ejecución de la investigación.

Reconozco que la información que yo proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Numero de participante

Firma del Participante

Lugar y Fecha.

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCION DE PSICOLOGIA

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Instrucciones: Complemente los espacios en blanco y elija la opción que Ud. crea conveniente con la información que se le solicita.

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____
Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Semanas de gestación: _____

Ocupación: _____ Procedencia: _____

Tipo de Familia: _____ Religión: _____

- ¿Quiénes de las siguientes personas viven contigo?

- Padre
- Madre
- Hermanos/as
- Otros familiares
- Otros no familiares
- Compañero (a)

- ¿Quiénes de las siguientes personas aportan al ingreso familiar?

- Padre
- Madre
- Hermanos/as
- Otros familiares
- Otros no familiares
- Compañero (a)
- Tu.

- ¿Quiénes de las siguientes personas aceptan tu embarazo?

- Tu Misma
- Padre
- Madre
- Hermanos/as
- Compañero (a)

Anexo 3

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entenderemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba que ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, solo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado de lo que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda.

0 = En absoluto; 1= Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Este seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; solo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1. Luché para resolver el problema.	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí misma.	0	1	2	3	4
3. Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés.	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado.	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escucho mi problema.	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente.	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara: evite pensar en ello demasiado.	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo sola.	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación.	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía.	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza.	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto.	0	1	2	3	4
16. Evité estar con personas.	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema.	0	1	2	3	4
18. Me critiqué por lo ocurrido.	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los deje salir.	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esta situación.	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me dieran su apoyo.	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más.	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía.	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.	0	1	2	3	4
26. Me recliné por permitir que esto ocurriera.	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones.	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiarlo que había sucedido.	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigas.	0	1	2	3	4
30. Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado.	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía.	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería.	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias.	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumados y estallaron.	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas.	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada.	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me considere capaz de afrontar la situación.	0	1	2	3	4

Instrucciones para calificar el Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

El inventario de estrategias de afrontamiento realizada por Cano y Cols (2007) que consta de 8 estrategias, las cuales son: Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Contestando en base a su última situación estresante de su vida cada ítems tipo Likert de cinco puntos (0=En absoluto; 1=Un poco; 2=Bastante; 3=Mucho; 4=Totalmente), la cual definía la frecuencia de lo que hizo en esa situación. Pero al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la auto eficacia percibida del afrontamiento.

Para la calificación se dividió las estrategias de afrontamiento y se sumaron todos los ítems de cada estrategia; tal como lo explica su tabla de claves de corrección:

- Resolución de problemas (REP): 01 + 09 + 17 + 25 + 33.
- Autocrítica (AUC): 02 + 10 + 18 + 26 + 34.
- Expresión emocional (EEM): 03 + 11 + 19 + 27 + 35.
- Pensamiento desiderativo (PSD): 04 + 12 + 20 + 28 + 36.
- Apoyo social (APS): 05 + 13 + 21 + 29 + 37.
- Reestructuración cognitiva (REC): 06 + 14 + 22 + 30 + 38.
- Evitación de problemas (EVP): 07 + 15 + 23 + 31 + 39.
- Retirada social (RES): 08 + 16 + 24 + 32 + 40.

Obtenido la sumatoria de las estrategias de afrontamiento se hizo uso del baremo del inventario para obtener el percentil de cada estrategia que engloba del 1 al 99 además el Pc nos proporcionó realizar la interpretación de los rangos:

0 a 25: Aplicación baja.

26 a 50: Aplicación media.

51 a 75: Aplicación alta.

76 - 100: Aplicación máxima.

Por favor lea cada pregunta, evaluar sus sentimientos, y marque el número de la escala para cada pregunta que ofrece la mejor solución para usted.

		Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni bueno	Bueno	Muy bueno
1(G1)	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecha	Insatisfecha	Ni satisfecho ni insatisfecha	Satisfecha	Muy satisfecha
2(G4)	¿Qué tan satisfecha está usted con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de lo mucho que han experimentado ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	moderada cantidad	Muchísimo	Un caso extremo cantidad
3 (F1.4)	¿En qué medida siente que el dolor físico le impide hacer lo que necesita hacer?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	¿Cuánto necesita un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	¿Cuánto disfrutas de la vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	¿En qué medida siente que su vida es significativa?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderada cantidad	Muchísimo	Extremadamente
7(F5.3)	¿Lo bien que son capaces de concentrarse?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	¿Qué tan segura se siente usted en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	¿Que tan saludable es su entorno físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de cómo usted completamente o sus experiencias fueron capaces de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas

		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Completamente
10 (F2.1)	¿Tiene suficiente energía para la vida cotidiana?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	¿Eres capaz de aceptar la apariencia de tu cuerpo?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	¿Tiene suficiente dinero para satisfacer tus necesidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	¿Que tan disponible es la información que usted necesita en su día a día?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	¿Hasta qué punto tiene usted la oportunidad para el ocio?	1	2	3	4	5

		Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni bueno	Bueno	Muy bueno
15 (F9.1)	Lo bien que es capaz de moverse.	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden que diga lo bien o se ha sentido satisfecho sobre varios aspectos de su vida en los últimos dos semana.

		Muy insatisfecha	Insatisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Satisfecha	Muy satisfecha
16 (F3.3)	¿Qué tan satisfecha está usted con su sueño?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	¿Qué tan satisfecha está usted con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	¿Qué tan satisfecha está usted con su capacidad para el trabajo?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	¿Qué tan satisfecha está usted con usted misma?	1	2	3	4	5
20(F13.3))	¿Qué tan satisfecha está usted con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	¿Qué tan satisfecha está usted con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	¿Qué tan satisfecha está usted con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	¿Qué tan satisfecha está usted con las condiciones de su lugar de vida?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	¿Qué tan satisfecha está usted con su acceso a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	¿Qué tan satisfecha está usted con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a la frecuencia con que se han sentido o experimentado ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nunca	Raramente	Bastante a menudo	Muy a menudo	Siempre
26 (F8.1)	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como la ansiedad, humor, depresión, desesperación?	1	2	3	4	5

¿Le ayudó alguien a llenar este formulario? _____

¿Cuánto tiempo se tardó en llenar este formulario? _____

¿Tiene algún comentario acerca de la evaluación?

GRACIAS POR SU AYUDA

Instrucciones para calificar El WHOQOL- BREF.

El WHOQOL- BREF, por sus siglas en ingles (World Health Organization Quality Of Life) que significa Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud; es una versión abreviada del instrumento original el cual contiene un total de 26 ítems con 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert.

Existen dos ítems que se examinan de forma separada: el ítem número 1 es sobre su percepción individual general de la calidad de vida general y el ítem número 2 sobre la percepción de su salud mientras que los otros ítems denotan una percepción individual de calidad de vida en cada dominio particular. Es decir que el dominio 1 (salud física), está contemplada por los ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18, sin embargo en el ítem 3 y 4 su ecuación es (6-Q3), (6-Q4), que significa que al número 6 se le restare la cantidad que esta como respuesta en el ítem 3 y el mismo procedimiento es para el ítem 4; al final se suma los números de respuestas de cada ítem de este dominio cuyo puntaje es la puntuación bruta. En el dominio 2 (psicológica), se suma los ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26, para obtener la puntuación bruta pero en el último ítem se hace el procedimiento de la ecuación (6-Q26). En el dominio 3 (relaciones sociales) se suman los ítems 20, 21 y 22.

En el dominio 4 (medio ambiente) se suman los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25; cuando se obtiene las puntuaciones brutas se realiza la conversión a puntajes transformados en base al rango entre 4 a 20 mediante una tabla correspondiente a cada dominio.

El dominio salud física incluye: energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso. El dominio psicológico incluye: imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. El dominio relaciones sociales incluye: relaciones sociales, apoyo social y actividad sexual. Y finalmente, el dominio medio ambiente incluye: recursos económicos, libertad y seguridad física, accesibilidad y calidad del sistema sanitario, ambiente del hogar, oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas, actividades de ocio, medio ambiente y transporte.

Obtenida la conversión a puntajes transformados se realizó la interpretación:

0 a 5: Muy baja calidad de vida.

6 a 10: Baja Calidad de vida.

11 a 15: Calidad de vida media.

16 a 20: Alta calidad de vida.

Método para la conversión de puntajes brutos a puntajes transformados

DOMINIO 1		
crudo puntuación	Transformado puntajes	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMINIO 2		
crudo puntuación	Transformado puntajes	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

DOMINIO 3		
crudo puntuación	Transformado puntajes	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMINIO 4		
crudo puntuación	Transformado puntajes	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

Anexo 6: Media de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Lugar de Nacimiento.

Lugar de nacimiento		IEA	ECV	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	SALFIS	PSIC	RELSOCIA	MEA
1san miguel	Media	70.12	72.36	9.06	9.22	9.38	10.36	8.60	7.88	7.88	7.16	22.72	18.70	9.68	23.34
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Desv. típ.	18.288	11.537	3.616	4.423	3.428	4.114	4.061	3.601	3.081	2.888	4.941	4.062	2.583	4.834
2 la unión	Media	70.50	76.66	10.54	6.78	8.94	9.74	9.54	9.60	9.02	6.72	25.28	20.20	10.64	24.98
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Desv. típ.	17.495	10.636	5.607	3.861	2.751	3.652	4.057	4.276	3.667	3.648	3.807	3.714	2.554	5.224
3morazan	Media	67.54	67.12	8.66	8.50	8.66	10.88	7.70	7.78	8.16	7.22	22.08	17.40	8.26	21.20
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Desv. típ.	13.204	10.526	3.634	4.117	3.114	5.033	3.253	2.644	2.765	3.454	3.730	3.084	2.346	4.562
4usulután	Media	78.26	67.92	10.04	10.96	10.26	12.64	8.56	8.56	8.34	8.68	21.32	17.54	8.62	21.68
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Desv. típ.	16.047	15.018	3.130	5.660	2.995	4.728	3.786	3.710	3.286	3.560	5.362	5.191	2.878	6.219
Total	Media	71.61	71.02	9.58	8.87	9.31	10.91	8.60	8.46	8.35	7.45	22.85	18.46	9.30	22.80
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	Desv. típ.	16.739	12.575	4.146	4.776	3.118	4.513	3.831	3.652	3.220	3.455	4.723	4.208	2.742	5.417

Media de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según género.

Genero		IEA	ECV	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	SALFIS	PSIC	RELSOCIA	MEA
2	Media	71.61	71.02	9.58	8.87	9.31	10.91	8.60	8.46	8.35	7.45	22.85	18.46	9.30	22.80
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	Desv. típ.	16.739	12.575	4.146	4.776	3.118	4.513	3.831	3.652	3.220	3.455	4.723	4.208	2.742	5.417
Total	Media	71.61	71.02	9.58	8.87	9.31	10.91	8.60	8.46	8.35	7.45	22.85	18.46	9.30	22.80
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	Desv. típ.	16.739	12.575	4.146	4.776	3.118	4.513	3.831	3.652	3.220	3.455	4.723	4.208	2.742	5.417

Media de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Estado Civil.

Estado civil		IEA	ECV	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	SALFIS	PSIC	RELSOCIA	MEA
1casad	Media	73.08	77.00	10.46	7.69	10.62	10.31	10.31	9.15	7.69	7.08	24.46	20.69	10.69	25.31
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desv. típ.	20.160	11.106	3.307	4.270	3.927	4.366	3.351	3.184	3.881	4.132	4.409	3.250	2.097	4.626
2soltera	Media	78.51	66.47	10.78	11.65	9.96	12.57	9.22	8.59	8.33	7.86	21.71	17.16	7.86	20.69
	N	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
	Desv. típ.	13.798	14.676	4.989	5.073	3.214	4.421	3.986	3.634	2.401	3.494	4.878	4.997	2.814	6.111
3acom	Media	69.01	72.07	9.07	7.99	8.96	10.37	8.22	8.34	8.42	7.33	23.10	18.71	9.68	23.31
	N	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138
	Desv. típ.	16.753	11.468	3.800	4.340	2.952	4.444	3.768	3.713	3.417	3.388	4.647	3.861	2.586	5.022
Total	Media	71.61	71.02	9.58	8.87	9.31	10.91	8.60	8.46	8.35	7.45	22.85	18.46	9.30	22.80
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	Desv. típ.	16.739	12.575	4.146	4.776	3.118	4.513	3.831	3.652	3.220	3.455	4.723	4.208	2.742	5.417

Medias de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Nivel Educativo.

Nivel educativo		IEA	ECV	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	SALFIS	PSIC	RELSOCIA	MEA
1	Media	65.89	64.39	8.61	9.83	7.83	11.50	5.78	6.89	7.83	7.56	21.28	16.44	8.50	19.67
	N	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Desv. típ.	16.680	12.406	3.310	5.469	2.792	4.890	2.756	4.057	3.015	2.706	4.586	4.681	2.792	4.589
2	Media	70.80	65.37	9.10	10.68	9.29	11.73	7.66	7.32	7.68	7.76	20.54	16.41	8.41	20.73
	N	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
	Desv. típ.	17.475	11.931	5.262	5.193	2.969	4.642	3.245	2.841	2.953	3.269	5.404	3.943	2.588	5.362
3	Media	72.38	71.41	9.64	8.13	9.45	11.02	8.93	8.60	8.69	7.64	23.43	18.62	9.37	22.80
	N	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87
	Desv. típ.	16.043	11.333	3.723	4.321	2.972	4.292	3.640	3.370	3.243	3.625	3.931	3.739	2.681	5.119
4usulután	Media	72.87	76.87	10.15	8.35	9.59	9.89	9.72	9.61	8.48	6.85	24.20	20.43	10.13	25.41
	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
	Desv. típ.	17.335	12.399	4.100	4.622	3.489	4.575	4.284	4.127	3.424	3.547	4.744	4.054	2.734	5.064
Total	Media	71.61	71.02	9.58	8.87	9.31	10.91	8.60	8.46	8.35	7.45	22.85	18.46	9.30	22.80
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	Desv. típ.	16.739	12.575	4.146	4.776	3.118	4.513	3.831	3.652	3.220	3.455	4.723	4.208	2.742	5.417

Media de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Ocupación.

Ocupación		IEA	ECV	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	SALFIS	PSIC	RELSOCIA	MEA
1	Media	71.55	70.73	9.56	8.62	9.30	11.01	8.50	8.48	8.35	7.55	22.85	18.40	9.32	22.58
	N	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
	Desv. típ.	17.143	11.860	4.349	4.815	3.122	4.521	3.843	3.775	3.375	3.446	4.737	4.028	2.738	5.152
2	Media	69.24	78.52	9.64	7.36	9.12	9.24	10.00	9.00	8.28	6.52	25.04	21.00	10.12	26.32
	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
	Desv. típ.	16.566	12.577	4.290	3.785	3.420	4.728	4.113	3.753	2.993	3.754	4.077	3.786	2.666	4.981
3vendedor	Media	74.42	65.00	9.58	11.96	9.54	11.96	7.79	7.75	8.42	7.75	20.58	16.21	8.33	20.50
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
	Desv. típ.	14.383	13.648	2.483	4.288	2.874	3.917	3.176	2.625	2.466	3.166	4.333	4.482	2.648	5.971
Total	Media	71.61	71.02	9.58	8.87	9.31	10.91	8.60	8.46	8.35	7.45	22.85	18.46	9.30	22.80
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	Desv. típ.	16.739	12.575	4.146	4.776	3.118	4.513	3.831	3.652	3.220	3.455	4.723	4.208	2.742	5.417

Media de Estrategias de Afrontamiento de las Adolescentes Embarazadas según su Procedencia.

procedencia		IEA	ECV	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	SALFIS	PSIC	RELSOCIA	MEA
1	Media	71.56	68.56	9.14	9.33	9.25	11.16	8.33	8.31	8.44	7.54	22.00	17.74	8.91	21.77
	N	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104
	Desv. típ.	14.849	12.799	4.414	4.814	2.988	4.531	3.524	3.464	3.036	3.569	4.903	4.324	2.815	5.476
2	Media	71.66	73.68	10.04	8.36	9.38	10.63	8.90	8.61	8.25	7.34	23.77	19.24	9.72	23.92
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
	Desv. típ.	18.651	11.825	3.803	4.709	3.268	4.501	4.136	3.856	3.421	3.343	4.361	3.954	2.611	5.152
Total	Media	71.61	71.02	9.58	8.87	9.31	10.91	8.60	8.46	8.35	7.45	22.85	18.46	9.30	22.80
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	Desv. típ.	16.739	12.575	4.146	4.776	3.118	4.513	3.831	3.652	3.220	3.455	4.723	4.208	2.742	5.417

Escala de afrontamiento

Alfa de Cronbach	N de elementos
.818	40

Calidad de vida

Alfa de Cronbach	N de elementos
.870	24

ANEXO 7: UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA ZONA EN ESTUDIO

Mapa de El Salvador



EL SALVADOR

El Salvador está situado en Centroamérica y es el más pequeño en territorio, con tan sólo 20 mil 742 kilómetros cuadrados. A pesar de su limitada extensión territorial, es el más densamente poblado de los países del área, con una población estimada de 5.5 millones de habitantes, más aproximadamente 1.5 millones que residen principalmente en países como Estados Unidos, Canadá y Australia.

Geográficamente, limita al norte y este con Honduras y al noroeste con Guatemala. En la parte sur presenta un extenso litoral con el Océano Pacífico y al sureste con las aguas del Golfo de Fonseca.

Zona De Estudio Departamentos De La Zona Oriental

● Usulután.

● Morazán.

● San Miguel.

● La Unión.

Departamento de Usulután.



Cabecera: Usulután. Altura: 90 m. Población Total: 333,077 habitantes. Extensión: 2,130.44 Km². Densidad de población: aprox. 156 Hab. /Km². Tasa de crecimiento geométrico: 0.5 %. Tasa global de fecundidad: 3.4 Hijos por mujer. Tasa de mortalidad infantil: 34.0 por mil. Esperanza de vida al nacer: 68.9 años. Saldo neto migratorio: -5.4 miles.

Departamento de San Miguel.



Cabecera: San Miguel. Altura: 115 m. Población Total: 455 270 habitantes. Extensión: 2,077.10 Km². Densidad de población: aprox. 219 habitantes por Km². Tasa de crecimiento geométrico: 1.7 %. Tasa global de fecundidad: 3.3 Hijos por mujer. Tasa de mortalidad infantil: 31.0 por mil. Esperanza de vida al nacer: 69.3 años. Saldo neto migratorio: -2.4 miles.

Departamento de Morazán.



Cabecera: San Francisco Gotera. Altura: 245 m. Población Total: 170 861 habitantes. Extensión: 1,447.43 Km². Densidad de población: aprox. 118 habitantes por Km². Tasa de crecimiento geométrico: 0.5 %. Tasa global de fecundidad: 4.6 Hijos por mujer. Tasa de mortalidad infantil: 44.7 por mil. Esperanza de vida al nacer: 65.2 años. Saldo neto migratorio: -3.5 miles.

Departamento de La Unión.



Cabecera: La Unión. Altura: 10 m. Población Total: 280 298 habitantes. Extensión: 2,074.34 Km². Densidad de población: aprox. 135 habitantes por Km². Tasa de crecimiento geométrico: 1.1 %. Tasa global de fecundidad: 4.0 Hijos por mujer. Tasa de mortalidad infantil: 39.3 por mil. Esperanza de vida al nacer: 67.7 años. Saldo neto migratorio: -3.9 miles.

Anexo 8: Cronograma de Actividades de la Investigación “Análisis de la relación entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental durante el año 2013.

Actividades	Mes	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del Tema			■																										
Definición del Problema				■																									
Elaboración del Anteproyecto					■																								
Primera Revisión					■																								
Selección de Instrumentos						■																							
Elaboración del Marco Teórico						■	■																						
Segunda Revisión								■																					
Aplicación de Instrumentos										■	■	■																	
Análisis de Resultados													■	■	■														
Discusión de Datos																■	■												
Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones																		■	■										
Tercera Revisión																				■	■								
Elaboración del Reporte de Investigación																						■	■	■					
Revisión Final																									■				
Presentación y Exposición de la Investigación																										■			

ANEXO 9: FOTOGRAFIAS

- ✓ Evaluando adolescentes en el Hospital Regional San Juan de Dios San Miguel.



✓ Evaluando adolescentes en el Hospital Nacional de Gotera, Morazán.

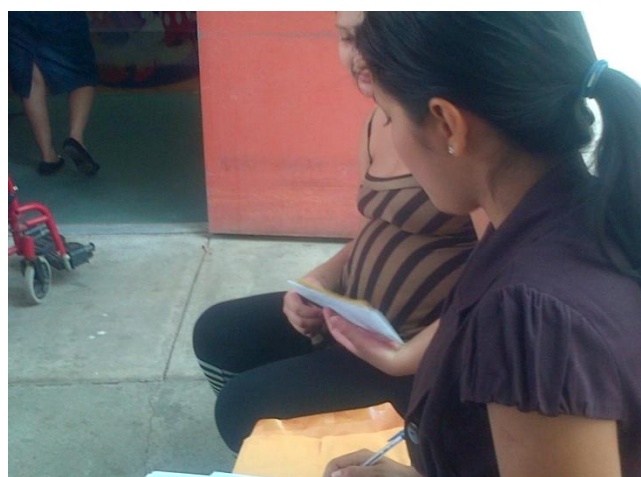
Nancy López y Adolescentes de Morazán.



Marilin Sorto y adolescentes de Morazán.



Brenda López y adolescente de Morazán.



✓ Evaluando adolescentes en el Hospital Nacional San Pedro de Usulután.

Marilyn Sorto y adolescente de Usulután.



Brenda López y adolescente de Usulután



Nancy López y adolescente de Usulután



Investigadoras con la Licda. Blanca Areli Pérez de Solórzano del Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel.



Investigadoras con personal del Hospital Nacional de La Unión.



Anexo 10: Cartas de permiso de los Hospitales

Se grupo necesita el permiso sin pagar.

45



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGIA**

Ciudad Universitaria de Oriente, 07 de Marzo de 2013.

Dr. José Manuel Pacheco Paz.
Director Hospital Nacional Regional San Juan de Dios San Miguel.
Presente:

Reciba un atento y respetuoso saludo, deseándole éxitos en sus labores que realiza en tan prestigiosa Institución.

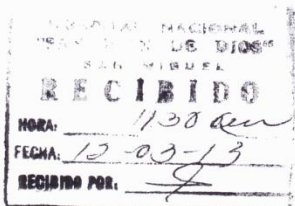
La presente es para solicitarle que:

- Elia Marilyn Sorto carnet SS08028
- Brenda Judith López Sánchez carnet LS08001
- Nancy Carolina López Velásquez carnet LV08007.

car et udp

Quienes realizaran su trabajo de Investigación para optar al grado académico de Licenciatura en Psicología con el título de “Análisis de la relación entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental durante el año 2013.” Para lo cual se ha seleccionado su Institución a ser participes de la investigación, y de esta forma evaluar a las adolescentes que asisten al control prenatal; por lo que se requiere de su respectivo permiso para el ingreso a la Institución y así mismo efectuar la aplicación de instrumentos.

Esperando una respuesta positiva a nuestra solicitud, me suscribo de Usted.

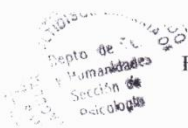


“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”

F.
Lic. Cristóbal Hernán Ríos Benítez.
Decano de la FMO-UES.



F.
Lic. Nahún Vásquez Navarro.
Coordinador Sección de Psicología



F.
Ph D. René Campos Quintanilla
Docente Director.

*Procedencia
15/03/13
10:15am*



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGIA

Ciudad Universitaria de Oriente, 26 de Febrero de 2013.

Dr. Nelson Antonio Fuentes Cordero Villatoro.
Director Hospital Nacional General de la Unión.

Presente:

Reciba un atento y respetuoso saludo, deseándole éxitos en sus labores que realiza en tan prestigiosa Institución.

La presente es para solicitarle que:

Elia Marilyn Sorto, carnet SS08028
Brenda Judith López Sánchez carnet LS08001
Nancy Carolina López Velásquez carnet LV08007.

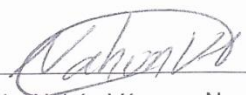
quienes realizaran su trabajo de Investigación para optar al grado académico de Licenciatura en Psicología con el título de “Análisis de la relación entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental durante el año 2013.” Para lo cual se ha seleccionado su Institución a ser partícipes de la investigación, y de esta forma evaluar a las adolescentes que asisten al control prenatal; por lo que se requiere de su respectivo permiso para el ingreso a la Institución y así mismo efectuar la aplicación de instrumentos.

Esperando una respuesta positiva a nuestra solicitud, me suscribo de Usted.



“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”

F


Lic. Nahún Vásquez Navarro.
Coordinador Sección de Psicología




Ph D. René Campos Quintanilla
Docente Director.



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGIA**

Ciudad Universitaria de Oriente, 26 de Febrero de 2013.

Dra. Ana Elda Guevara Varela,
Directora Hospital Nacional General
Dr. Héctor Antonio Hernández Flores San Francisco Gotera.

Presente:

Reciba un atento y respetuoso saludo, deseándole éxitos en sus labores que realiza en tan prestigiosa Institución.

La presente es para solicitarle que:

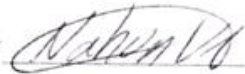
Elia Marilin Sorto, carnet SS08028
Brenda Judith López Sánchez carnet LS08001
Nancy Carolina López Velásquez carnet LV08007.

quienes realizaran su trabajo de Investigación para optar al grado académico de Licenciatura en Psicología con el título de "Análisis de la relación entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental durante el año 2013." Para lo cual se ha seleccionado su Institución a ser participes de la investigación, y de esta forma evaluar a las adolescentes que asisten al control prenatal; por lo que se requiere de su respectivo permiso para el ingreso a la Institución y así mismo efectuar la aplicación de instrumentos.

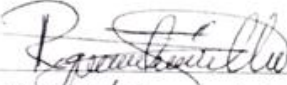
Esperando una respuesta positiva a nuestra solicitud, me suscribo de Usted.

*Dir. Investigación
Ubicación*


"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

F 
Lic. Nahún Vásquez Navarro
Coordinador Sección de Psicología




Ph D. René Campos Quintanilla
Docente Director.

*Con atención a Ricardo Herrera de la UES
rect. San Gotera*





**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGIA**

Ciudad Universitaria de Oriente, 26 de Febrero de 2013.

Dr. Carlos Elías Portillo Lazo.
Director Hospital Nacional General San Pedro Usulután.

Presente:

Reciba un atento y respetuoso saludo, deseándole éxitos en sus labores que realiza en tan prestigiosa Institución.

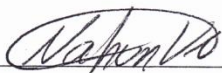
La presente es para solicitarle que:

- Elia Marilin Sorto, carnet SS08028
- Brenda Judith López Sánchez carnet LS08001
- Nancy Carolina López Velásquez carnet LV08007.

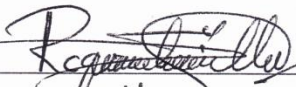
quienes realizaran su trabajo de Investigación para optar al grado académico de Licenciatura en Psicología con el título de “Análisis de la relación entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Adolescentes Embarazadas atendidas en Hospitales Públicos de la Zona Oriental durante el año 2013.” Para lo cual se ha seleccionado su Institución a ser participes de la investigación, y de esta forma evaluar a las adolescentes que asisten al control prenatal; por lo que se requiere de su respectivo permiso para el ingreso a la Institución y así mismo efectuar la aplicación de instrumentos.

Esperando una respuesta positiva a nuestra solicitud, me suscribo de Usted.

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

F 
Lic. Nahún Vásquez Navarro.
Coordinador Sección de Psicología




Ph.D. René Campos Quintanilla
Docente Director.



*AC/PM/AMW
Buenos días* *A continuación
M. V.*

RECIBIDO 4 MAR 2013