

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**"CALIDAD DE VIDA EN SALUD (SF36) Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN
MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 21 AÑOS ATENDIDAS EN
LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023"**

TESIS

PRESENTADA POR:

DEGGI DEL ROSARIO GUTIERREZ SIÑA

ORCID: 0000-0002-6642-1823

ASESORA:

DRA. JESSICA QUIROZ CARRASCO

ORCID: 0000-0002-8099-4089

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

TACNA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mi madre Gina y a mi padre Dennis por su apoyo incondicional, esta tesis es el testimonio de su sacrificio y amor, gracias por ser esa luz en mi vida que ilumina mi camino hacia el conocimiento y por inculcarme siempre la importancia del trabajo duro y la educación. Los amo profundamente.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos. Gracias mamá y papá.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, DEGGI DEL ROSARIO GUTIERREZ SIÑA, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 70132920, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

" CALIDAD DE VIDA EN SALUD (SF36) Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 21 AÑOS ATENDIDAS EN LA JURISDICCION DE LA MICRORED METROPOLITANA , 2023 "

Asesorada por JESSICA QUIROZ CARRASCO (DRA), la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 70132920

Fecha: 15/02/24

RESUMEN

Objetivo: Estimar la calidad de vida en salud (SF36) y nivel de autoestima en madres adolescentes menores de 21 años atendidas en la jurisdicción de la Microred Metropolitana, 2023

Material y método: se realizó un estudio observacional de corte transversal analítico, de un total de 64 madres adolescentes, fueron encuestadas 59 de ellas por reunir los criterios de selección.

Resultados: El 33,9% de las madres adolescentes tiene una baja calidad de vida en salud, el 18,6% muy baja. Sólo el 20,3% de las adolescentes percibe una calidad de vida buena. El 61% manifiesta un nivel medio de autoestima y el 33,9% un nivel bajo. Sólo el 5,1% es tamizado con un nivel de autoestima alto

Conclusiones: La relación entre calidad de vida y nivel de autoestima es directa con un nivel de dependencia de la calidad de vida respecto al nivel de autoestima del 23,2%. (Rho de Spearman: 0,232).

Palabras clave: *Autoestima, Calidad de vida, Adolescente, Madre adolescente.*

ABSTRACT

Objective: To estimate the quality of life in health (SF36) and level of self-esteem in adolescent mothers under 21 years of age attended and controlled in the jurisdiction of the Metropolitan Micro-Network, 2023.

Method: an analytical cross-sectional observational study was carried out, of a total of 64 adolescent mothers, 59 of them were surveyed because they met the selection criteria.

Results: 33.9% of adolescent mothers have a low quality of life in health, 18.6% very low. Only 20.3% of the adolescents perceive a good quality of life. Sixty-one percent report an average level of self-esteem and 33.9% a low level. Only 5.1% are screened with a high level of self-esteem.

Conclusions: The relationship between quality of life and level of self-esteem is direct with a level of dependence of quality of life on the level of self-esteem of 23.2% (Spearman's Rho: 0.232).

Key words: Self-esteem, Quality of life, Adolescent, Adolescent mother.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	11
1 EL PROBLEMA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1 PREGUNTA GENERAL	13
1.2.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS. ¡Error! Marcador no definido.	
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	16
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	16
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	16
2.1.1 INTERNACIONALES	16
2.1.2 NACIONALES	23
2.2 MARCO TEÓRICO	24
2.2.1 Instrumentos Que Miden Calidad De Vida	24
2.2.2 Cuestionario SF-36.....	27
2.2.3 Autoestima.....	29
CAPÍTULO III.....	34
3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	34

3.1	HIPÓTESIS	34
3.2	VARIABLES	34
3.2.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	34
CAPÍTULO IV		36
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	36
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	36
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	36
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
4.3.1	Población	36
4.3.2	Muestra	37
4.3.2.1	Criterios de inclusión.....	37
4.3.2.2	Criterios de exclusión	37
4.4	TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
4.4.1	TÉCNICA.....	38
4.4.2	INSTRUMENTOS (ver anexos)	38
CAPÍTULO V		41
5	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	41
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	41
5.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	41
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
RECURSOS		43
CRONOGRAMA		61
BIBLIOGRAFÍA		66
ANEXOS		71

INTRODUCCIÓN

La maternidad adolescente tendría en general un impacto negativo en la calidad de vida y la autoestima tanto de la madre como del hijo. Por lo tanto, es importante evaluar las condiciones de salud física y emocional de las adolescentes embarazadas y de las madres adolescentes. Un estudio realizado en Perú encontró que los adolescentes cuyas madres fueron víctimas de violencia de pareja tenían puntajes más bajos en calidad de vida, satisfacción personal, autoestima, satisfacción con la vida, autoeficacia y resiliencia, y tasas más altas de comportamiento suicida, depresión y timidez o temor. (1)

Otro estudio en Colombia encontró que las adolescentes embarazadas constituían un grupo desfavorecido, que carecían de apoyo social y/o familiar, tenían niveles socioeconómicos y educativos más bajos, estaban emocionalmente estresadas, se sentían tristes y desesperanzadas, experimentaban discriminación, vergüenza, baja autoestima y capacidades limitadas. En el proyecto de vida, el fracaso en el logro de la independencia, el desequilibrio entre la construcción de la identidad personal y la maternidad, y la imposibilidad de formar una familia estable afectaron la calidad de vida de ellas y sus hijos por nacer. (2). Las madres adolescentes representan un grupo peculiarmente vulnerable donde se tiene ausencia de apoyo social e incluso hasta del apoyo familiar, convergen en ellas una inestabilidad emocional, tristeza, desesperanza, vergüenza, baja autoestima e incluso marginación, todo esto traería consecuencias negativas como la limitación en los proyectos de vida, fracaso en la adquisición de independencia, desequilibrio entre la construcción de la identidad personal versus la identidad materna e incapacidad para establecer una familia estable, todo lo cual afecta su calidad de vida y la del niño por nacer. (3)

En conclusión, la maternidad adolescente puede estar influenciada por diversos causales que afectarían su calidad de vida, tanto de la madre como del niño. Es importante proporcionar apoyo y atención a las adolescentes embarazadas por lo

que con esta investigación se quiere conocer cuál es la calidad de vida en salud de las madres adolescentes y si ésta tiene algún grado de influencia con los bajos niveles de autoestima, de las adolescentes madres en la región de Tacna.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La autoestima de una madre adolescente se afectaría negativamente debido a diversos causales relacionadas con su condición de madre y su edad principalmente. Una baja autoestima puede manifestarse; por el estigma social, la puede generar estereotipos y prejuicios sociales; puede sentirse aislada y excluida de su grupo de amigos o compañeros de su misma edad; pueden sentirse desbordadas por las demandas de la maternidad, especialmente si no cuentan con el apoyo adecuado; la situación financiera puede ser un factor que afecte la autoestima de una madre adolescente. La falta de recursos económicos puede generar sentimientos de inseguridad y preocupación. Ser madre adolescente implica asumir muchas responsabilidades y puede generar desafíos para satisfacer las propias necesidades. Es importante recordar que cuidar de uno mismo también es importante para poder cuidar de los demás. Buscar tiempo para el autocuidado, aprender a establecer límites y pedir ayuda cuando sea necesario son aspectos fundamentales para mantener la autoestima y el bienestar emocional, situación que puede verse afectada en las gestantes y madres adolescentes. Es importante recordar que todas las madres, independientemente de su edad, enfrentan desafíos y merecen el respeto y apoyo de la comunidad en general, principalmente del estado.

En cuanto a la variable calidad de vida, algunos estudios muestran que las jóvenes cuyas madres tuvieron el antecedente de haber sufrido violencia familiar tenían puntuaciones más bajas en calidad de vida, autoestima resiliencia y satisfacción personal (1), y que las adolescentes, que residen en zonas urbanas y de la región costera se veían más afectadas. Otro estudio

realizado con 25 madres adolescentes en Salcedo, Ecuador, encontró que la autoestima se encontraba relacionada con la calidad de vida. Pero que además ese grupo de adolescentes que presentaban un alto nivel de autoestima también tenían un alto perfil de calidad de vida(4), la autoestima de las madres adolescentes es un factor esencial que puede afectar a la calidad de vida de sus hijos. Es fundamental prestar atención a los problemas de las gestantes y madres adolescentes. Un estudio ejecutado en un Centro de Salud del Ecuador para analizar la autoestima y la calidad de vida. Mostró que el 56% de las madres adolescentes tenían una autoestima alta, y el 52% un perfil de calidad de vida alto.(4), lo cual es una grata noticia, más sin embargo demuestra que a mejor autoestima mejor calidad de vida. Los factores psicológicos como la baja autoestima, la tensión emocional y los sentimientos de tristeza y desesperanza también pueden afectar a la calidad de vida de las madres adolescentes (5).

Otro estudio también mostró que el 83% de las madres adolescentes no utilizaba ningún método anticonceptivo y el 72% tenía relaciones inestables con su pareja. El estudio también reveló que el 83% de las madres adolescentes no tenían ocupación (6).

Entre otros problemas que se toma en consideración está la mala alimentación o una buena alimentación para la madre y la falta de lactancia exclusiva e incluso de una adecuada nutrición para los lactantes y los niños pequeños, indicadores muy negativos que puede afectar a la calidad de la salud de estas madres tan prematuras y de sus hijos (5); la falta de competencias y apoyo social como alternativas para contribuir a una mejor calidad de vida de las adolescentes embarazadas; factores como la falta de educación, las relaciones inestables y la violencia pueden afectar negativamente a su salud mental.

Las madres adolescentes se enfrentan a varios retos relacionados con su calidad de vida y su autoestima. Por lo tanto, es esencial conocer lo que viene sucediendo con las madres adolescentes de la jurisdicción del Centro

de Salud Metropolitano de la Dirección Regional de Salud, y en qué medida la calidad de vida en salud se correlaciona con los niveles de autoestima en esa población.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA GENERAL

¿Cuál es calidad de vida en salud (SF36) y nivel de autoestima en madres adolescentes menores de 21 años atendidas en la jurisdicción de la Microrred Metropolitana, 2023?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar la calidad de vida en salud (SF36) y nivel de autoestima en madres adolescentes menores de 21 años atendidas en la jurisdicción de la Microrred Metropolitana, 2023

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Medir la calidad de vida en salud mediante el SF36 de las madres adolescentes menores de 21 años atendidas en la jurisdicción de la Microrred Metropolitana, 2023.
- b. Estimar el nivel de autoestima de las madres adolescentes menores de 21 años atendidas en la jurisdicción de la Microrred Metropolitana, 2023.

- c. Identificar el nivel de relación de la calidad de vida en salud y el nivel de autoestima referido por las madres adolescentes menores de 21 años atendidas en la jurisdicción de la Microrred Metropolitana, 2023.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El estudio de la calidad de vida en la salud y la autoestima se justifica por las siguientes razones:

Impacto en la calidad de la salud: Los hábitos de vida poco saludables, como la inactividad física y la mala alimentación, pueden provocar enfermedades tanto físicas como mentales (7); por lo tanto, estudiar la relación entre la calidad de vida en salud podría ayudar a identificar las áreas en las que se pueden desarrollar intervenciones para mejorar la salud física y mental de las personas.

Impacto de la salud física en la autoestima: Los malestares físicos pueden tener un impacto significativo en la autoestima, la autopercepción, la personalidad y el rendimiento social y laboral de un individuo, donde los conflictos emocionales pueden influir en el deterioro de su calidad de vida (8) al estudiar la relación entre la autoestima y la calidad de vida puede ayudar a identificar áreas en las que se pueden desarrollar intervenciones para mejorar la autoestima y el bienestar general.

También por el impacto de la salud mental en la calidad de vida, la salud mental es un factor importante que influye en la calidad de vida de un individuo (8). Por ejemplo, en el estudio ecuatoriano donde las madres adolescentes con alta autoestima tenían un perfil de calidad de vida alto, mientras que las que tenían baja autoestima tenían un perfil

de calidad de vida bajo. (4). Estudiar la relación entre salud mental y calidad de vida puede ayudar a identificar áreas en las que se podrían desarrollar intervenciones para mejorar la salud mental y el bienestar general.

Dado que las adolescentes aún se encuentran en la etapa de formación académica; la relación entre calidad de vida y rendimiento académico pueden verse afectadas por la relación entre la calidad de vida y la autoestima llevando a esta jóvenes al bajo rendimiento o abandono estudiantil (9), Es muy probable que se identifiquen áreas en las que se podrían desarrollar intervenciones para mejorar el rendimiento académico y el bienestar general.

En breves palabras, el estudio de la calidad de vida en la salud y la autoestima es importante porque puede ayudar a identificar áreas en las que se pueden desarrollar intervenciones para mejorar la salud física y mental.

CAPÍTULO II

2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1 INTERNACIONALES

Kho et al. Realiza una investigación “*Maternal psychological control and mother-adolescent conflict discussion quality: Different perceptions are key*” refiere que el control psicológico de los padres se asocia con malos resultados en la adolescencia, pero poca investigación ha examinado las discrepancias entre el control psicológico observado y percibido para predecir los resultados de la conversación. El presente estudio utilizó un enfoque multimétodo y multiinformante para examinar si las asociaciones independientes y conjuntas entre las percepciones del observador, el adolescente y la madre sobre el control psicológico materno durante las discusiones sobre el conflicto madre-adolescente estaban asociadas con las percepciones de los adolescentes y las madres sobre la calidad de estas conversaciones. Las díadas madre-adolescente (N = 123 díadas) participaron en una discusión sobre el conflicto y posteriormente informaron sobre su satisfacción con el proceso y el resultado de la discusión. El comportamiento de las madres se codificó para el control psicológico y las madres y los adolescentes informaron por separado sobre el control psicológico de las madres durante la discusión. Los hallazgos indican que un mayor control psicológico percibido por los adolescentes se asoció con un peor control de la

calidad de la discusión informado por los adolescentes y la madre para la discordia general de la relación. En el centro de nuestras hipótesis, las percepciones del observador, el adolescente y la madre sobre el control psicológico interactuaron significativamente entre sí para predecir la calidad de la conversación, aunque el patrón específico de los hallazgos varió entre la calidad de la conversación informada por la madre y el adolescente. Los hallazgos sugieren que las percepciones de los adolescentes sobre la calidad de la conversación son más pobres cuando los adolescentes atribuyen un comportamiento de control psicológico a las madres, particularmente cuando las madres y los observadores externos informan niveles relativamente más bajos de control psicológico. Este estudio destaca la importancia de las percepciones de los adolescentes sobre el comportamiento de los padres y de obtener información sobre el comportamiento durante las conversaciones entre padres y adolescentes de múltiples reporteros (observadores, adolescentes y padres) para desarrollar intervenciones específicas con padres y adolescentes que manejen conflictos. (10)

Wu et al. Realiza un trabajo “*Good can be stronger than bad: the daily relationship among maternal warmth, mother-teen conflict and adolescents' self-esteem*” se refiere a la idea de que la autoestima tiende a disminuir en la adolescencia, pero está ligada a resultados adaptativos en esa etapa de la vida. La autoestima de los adolescentes se ha relacionado con aumentos en la cercanía entre padres e hijos, mientras que estudios transversales o longitudinales han demostrado que el conflicto de los adolescentes con los padres reduce la autoestima. Sin embargo, no está claro si existen diferencias en estas asociaciones entre el sexo, la edad y el nivel socioeconómico subjetivo familiar de los adolescentes, así como también cómo las experiencias de los adolescentes sobre la calidez materna y el conflicto con las madres se relacionan con su sentido general de

autoestima, desde el punto de vista de la teoría Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT). Para cerrar esta brecha, se seleccionaron 293 adolescentes (Edad M = 13,88 años, DE = 0,62) de una escuela y se les pidió que completaran listas de verificación que detallaban sus experiencias diarias con calidez materna, conflicto con sus madres y autoestima en el transcurso de su vida no más de siete días. Un análisis multinivel reveló que la autoestima de los adolescentes era significativamente más alta en los días en que tenían interacciones más cálidas o menos tensas con sus madres de lo habitual. La autoestima del día siguiente también se correlacionó positivamente con la calidez materna, pero esta relación indirecta entre el conflicto madre-adolescente no estuvo presente. Todas las correlaciones diarias entre calidez, conflicto y autoestima madre-adolescente no se vieron afectadas por el género, la edad o el nivel socioeconómico subjetivo. Una interacción "buena" dura más que una interacción "mala", según la investigación, y las interacciones madre-adolescente pueden ser tanto beneficiosas como perjudiciales para la autoimagen diaria de los adolescentes. (11)

Namutebial en su investigación "Teenage first-time mothers' perceptions about their health care needs in the immediate and early postpartum period in Uganda" refieren que las adolescentes corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante los periodos intraparto y posparto. Aunque la atención posparto en los centros se centra en la prevención de complicaciones en madres y bebés, no se conoce la percepción de las madres adolescentes sobre sus necesidades de atención sanitaria en el período posparto. Se realizó un estudio cualitativo descriptivo exploratorio en cuatro centros de salud de Uganda. Entre marzo y abril de 2020 se realizaron entrevistas en profundidad a 42 madres adolescentes primerizas de entre 14 y 19 años. Se realizó un análisis temático. Surgieron dos temas, Promoción de la salud y Rehabilitación y asesoramiento. Las

madres primerizas adolescentes deseaban recibir información sobre temas clave como cuidados personales y del recién nacido, lactancia materna, inmunización y planificación familiar. Señalaron que el personal sanitario debe controlar sus constantes vitales, lo que ayuda a diagnosticar precozmente las complicaciones y a prevenir y tratar las enfermedades. Otras consideraron que los trabajadores sanitarios son fundamentales para arbitrar entre ellas y sus padres separados y también para ponerlas en contacto con organizaciones comunitarias que pueden proporcionarles asesoramiento y habilidades para la vida. Las madres primerizas adolescentes tienen muchas necesidades de atención sanitaria durante el periodo postparto. Se trata de una oportunidad perdida para proporcionar educación sanitaria y ponerlas en contacto con servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, clínicas de lactancia materna y otros programas comunitarios que proporcionan habilidades para la vida o educación continua para chicas. Centrarse en estas necesidades y en la integración de los servicios es clave para proporcionar una atención holística a las adolescentes. Proponemos que se realicen más investigaciones para explorar cómo cambian sus necesidades de atención sanitaria a los 6 meses después del parto.(12)

Quinlivan, refiere en su trabajo “Teenagers who plan parenthood” que está claro que un número variable de madres adolescentes no han planificado, hasta cierto punto, la paternidad. Desde una perspectiva evolutiva, podría argumentarse que la maternidad adolescente puede ser, de hecho, un mecanismo de adaptación positivo para los seres humanos criados en un entorno hostil. La teoría de la historia vital sugiere que, en entornos de riesgo e incertidumbre, la estrategia reproductiva óptima consiste en reproducirse pronto para maximizar la probabilidad de dejar descendencia. Si algunas adolescentes planean o esperan quedarse

embarazadas, es posible que se observen algunos cambios de comportamiento positivos. Este es el caso de muchas adolescentes que modifican sus comportamientos de riesgo en previsión de un embarazo. En la actualidad existen pruebas sustanciales de que las adolescentes que se quedan embarazadas tenían un riesgo mayor que la población general de consumir cigarrillos, alcohol y marihuana. Sin embargo, una vez embarazadas, las tasas de consumo suelen ser más bajas en comparación con sus compañeras no embarazadas o incluso con sus propias tasas personales de consumo antes del embarazo. Por lo tanto, para algunas adolescentes, la perspectiva consciente o inconsciente del embarazo representa un espacio potencial en el que replantearse comportamientos que pueden ser perjudiciales para ellas mismas como futuras madres, y también para su hijo. Dado que la maternidad adolescente no va a desaparecer sin más, es importante recordar que hay que centrar la investigación y los servicios en intervenciones validadas que puedan ayudar a las madres adolescentes a cumplir sus ambiciones de ser madres y, al mismo tiempo, proporcionar los mejores resultados para su descendencia. Las intervenciones basadas en la evidencia se centran en las visitas domiciliarias continuadas por parte de enfermeras, con pruebas limitadas que apoyan el uso de voluntarios. Por el contrario, las pruebas sugieren que las visitas domiciliarias realizadas por profesionales pueden no ser eficaces. Otras estrategias que pueden ser útiles incluyen el uso de clínicas multidisciplinarias para embarazos en adolescentes, que se ha observado que se asocian con mejores resultados en el embarazo. El papel de los grupos de madres primerizas, otras actividades de grupo basadas en la comunidad, los trabajadores de apoyo entre iguales y las intervenciones educativas intensivas para fomentar la vuelta a la escuela pueden ser útiles, pero no se han sometido a una evaluación aleatoria. Es necesario realizar este tipo de evaluaciones (13).

Lastinger et al en su trabajo “Teenage Pregnancies in Austria - an Epidemiological Study on Prevalence and Perinatal Outcome” refiere que las tasas de embarazo adolescente han disminuido en las últimas décadas, su prevalencia global sigue siendo alta y muestra discrepancias según los países. Una educación sexual insuficiente, la escasa disponibilidad de anticonceptivos y el matrimonio precoz son algunas de las causas multifactoriales de los embarazos adolescentes. Muy a menudo, los embarazos de adolescentes se clasifican como embarazos de alto riesgo. Los estudios han detectado tasas más elevadas de complicaciones periparto, como parto prematuro, bajo peso al nacer o bajas puntuaciones de Apgar fetales. El objetivo de este estudio de cohortes retrospectivo es evaluar la prevalencia de los embarazos de adolescentes en Austria e identificar las principales diferencias en los resultados maternos y neonatales. Material y métodos Los datos se recogieron del Registro de Nacimientos de Austria entre 01/2012 y 12/2020. Se documentaron un total de 751661 partos en Austria. Se analizaron descriptivamente los parámetros obstétricos, maternos y neonatales. Las madres se subclasificaron en dos grupos de edad: madres adolescentes de 19 años o menos y madres adultas de 20 a 39 años. Resultados Los recién nacidos de madres adolescentes eran significativamente más pequeños ($49,98 \pm 3,11$ frente a $50,31 \pm 3,16$ cm, $p < 0,001$) y tenían un peso inferior al nacer (3216 ± 564 frente a 3247 ± 576 g, $p < 0,001$) que los recién nacidos de madres adultas. El porcentaje de partos por cesárea en el grupo de adolescentes fue significativamente menor que en el de madres adultas (21,1 frente a 31,8%, $p < 0,001$). Los recién nacidos de madres adolescentes presentaron tasas significativamente más altas de puntuaciones de Apgar a los 5 minutos muy bajas (< 4) y bajas (< 7) (Apgar a los 5 minutos < 4 : 0,75 frente a 0,54%, $p = 0,004$) (Apgar a los 5 minutos < 7 : 1,77 frente a 1,37%, $p = 0,001$) y un pH arterial del cordón

umbilical significativamente más bajo ($7,25 \pm 0,08$ frente a $7,26 \pm 0,08$, $p < 0,001$). La mortalidad perinatal fue mayor en el grupo de edad inferior a 20 años (0,7 frente a 0,6%, $p = 0,043$). Conclusión Los datos de este estudio muestran resultados significativamente peores en embarazos de adolescentes en comparación con mujeres adultas, a pesar de que el sistema sanitario en Austria se considera excelente. Las futuras recomendaciones de las directrices deberían centrarse en aspectos importantes de la atención obstétrica en madres adolescentes.(14)

Chávarry-Ysla et al en su trabajo "*Estigmatización del sistema adolescente embarazada*" refiere que El informe "Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe" indica que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe siguen siendo las segundas más altas del mundo, con 66,5 nacimientos por cada 1000 niñas de 15 a 19 años, solo superadas por las de África subsahariana. El estudio descriptivo de corte transversal realizado con 57 adolescentes controladas en el Establecimiento de Salud Chacarilla de Otero de la Red Lima Este del Ministerio de Salud en el distrito de San Juan de Lurigancho, analizó la estigmatización del sistema adolescente embarazada según la teoría de Betty Neuman. La escala de estigmatización de la adolescente embarazada, que presenta validez de constructo y confiabilidad con alfa de Cronbach confiable, se utilizó para recopilar la información. En cuanto a la decepción y vergüenza de la familia, el 42 % expresó sentirse estigmatizado en ambos casos; en cuanto al miedo a la familia, el 53 % expresó sentirse intimidado constantemente; en cuanto al personal de salud, el 58 % expresó sentirse discriminado constantemente; en cuanto a miradas intimidantes en lugares públicos, el 77 % expresó sentirse agraviada constantemente; y en cuanto a la actitud de sus vecinos, el 42 % expresó sentirse estigmatizada, finalmente

concluyen en que las adolescentes investigadas alteraron la línea normal y flexible de defensa planteada por Betty Neuman, convirtiéndose en un riesgo preconcepcional universal. Los estresores incluyeron inmadurez física, mental y emocional, prejuicios familiares y sociales (personal de salud, vecinos y pares), temor, vergüenza y decepción (15).

2.1.2 NACIONALES

Mucha et al en su investigación “Maltrato en la gestante adolescente y su efecto en el peso del recién nacido en la altura geográfica peruana, Huancayo, Perú” La correlación entre el maltrato sufrido por adolescentes embarazadas y su impacto en el peso de los recién nacidos en diferentes altitudes del Perú es objeto de este estudio de cohorte retrospectivo. Se recogieron datos de 855 gestantes de la ciudad de Huancayo. La variable examinada fue la ocurrencia de violencia durante el embarazo, y su asociación con el peso y otros factores concernientes al recién nacido. Los resultados del análisis multivariado revelaron un mayor riesgo de peso inadecuado al nacer cuando hubo violencia física (riesgo relativo ajustado [RRa]: 1,42; $p = 0,045$), así como cuando hubo parto pretérmino según Capurro (RRa: 4,90). ; $p < 0,001$), complicaciones durante el parto (RRa: 2,11; $p = 0,006$), y si el maltrato se inició en el primero (RRa: 14,74; $p < 0,001$), segundo (RRa: 18,72; $p < 0,001$), o tercero (RRa: 18,87; $p < 0,001$) trimestre. El estudio también identificó asociaciones entre la violencia física durante el embarazo y el bajo peso al nacer, además de otras variables (16).

Fernandez Rojas et al en su trabajo “Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú, análisis secundario de la Encuesta

Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020” El enfoque de este estudio es examinar y evaluar los diversos elementos que contribuyen al embarazo adolescente en el Perú. Este análisis se basa en datos recopilados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES realizada en 2020 en Perú. La muestra estuvo compuesta por 8.524 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años. El estudio investigó principalmente los factores sociales y determinó las tasas de prevalencia con intervalos de confianza del 95 %, así como las razones de prevalencia (PR). Los hallazgos revelan que la prevalencia de embarazo entre adolescentes en Perú fue de 1,2%, con 19,3% residiendo en zonas selváticas y 29,7% en zonas rurales. Los factores sociales que se encontró que tienen un impacto significativo en el embarazo adolescente incluyen no asistir a la escuela (PR: 7.9), abandonar la escuela debido al embarazo (RP: 3.4), estar casado o vivir en pareja (RP: 40.9) y el consumo de alcohol (PR: 6,8). Además, factores obstétricos como no recibir información sobre métodos anticonceptivos de los centros de salud (RP: 5,8) y profesionales de la salud (RP: 4,5), falta de comunicación con las parejas sobre métodos anticonceptivos (RP: 22,8) e iniciar el uso de anticonceptivos después de convertirse en madre (RP: 6,2) también fueron identificados. En conclusión, este estudio destaca la presencia de factores sociales y obstétricos que están estrechamente relacionados con el embarazo adolescente, siendo identificadas las relaciones de pareja como el factor más influyente.(17)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Calidad de Vida en salud

El término calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de cómo el estado de salud actual,

los cuidados sanitarios y la promoción de la salud afectan la capacidad de una persona para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que le permite seguir aquellas actividades que son importantes para ella. (18). La definición de la salud de la OMS en 1948 describió la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como “...un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (19). La calidad de vida relacionada con la salud se utiliza para evaluar cómo la salud afecta el bienestar físico, mental y emocional de una persona. (20).

Los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud ayudan a los profesionales de la salud a comprender dónde necesitan ayuda los pacientes y qué áreas de sus vidas se ven más afectadas para que puedan evaluar mejor los síntomas que causan la mayoría de los problemas (19). Además, la calidad de vida relacionada con la salud se utiliza para evaluar el impacto de las condiciones de atención en la salud de un individuo (21).

Dicho de otro modo, la calidad de vida relacionada con la salud es un término utilizado para evaluar el impacto de la salud en los sentimientos físicos, mentales y emocionales de una persona. Se utiliza para medir el impacto del estado de salud de una persona y para ayudar a los profesionales de la salud a comprender dónde necesitan ayuda los pacientes y qué áreas de sus vidas se ven más afectadas.

2.2.2 Instrumentos Que Miden Calidad De Vida

Para medir la calidad de Vida relacionada con la salud se han validado diversos instrumentos, y todos ellos muy ampliamente empleados como por ejemplo:

- a) “El World Health Organization Quality of Life” (22)
- b) “Medical Outcomes Study 36-item Short-Form (SF-36)” (23)
- c) “Nottingham Health Profile” (NHP)(24)
- d) “Sickness Impact Profile” (SIP)(25)
- e) “Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project” (26),
- f) “Quality of Well-Being scale” (27)
- g) “Health Utilities Index” (28)
- h) “EuroQol Instrument” (EQ-5D)(29)

Se ha demostrado que la medición de variables puede afectar negativa o positivamente la validez de los datos obtenidos como resultado de procesos bien establecidos o problemáticos, por lo que la medición y la validez deben ir siempre acompañadas en cualquier investigación. En general, la validez se considera la capacidad de un instrumento para evaluar lo que se supone que debe evaluar, mientras que la confiabilidad se refiere al grado en que un instrumento puede evaluar de manera consistente la variable que desea medir. La teoría actual sugiere que la evidencia de confiabilidad debe mostrarse antes que la validez, porque si un instrumento no puede proporcionar mediciones consistentes de la variable que debe medir, no podrá proporcionar una medición válida de lo que pretende medir.

2.2.3 Cuestionario SF-36

Considerada como una de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) más utilizadas y evaluadas, esta encuesta ha facilitado el establecimiento de un perfil de salud integral que se puede aplicar a la población general tanto en investigación descriptiva como evaluativa. Para asegurar la adaptación cultural internacional y fomentar la colaboración, investigadores de quince países diferentes se unieron para traducir el cuestionario original en inglés al español. Esta versión traducida luego fue adaptada y retrotraducida con el aporte y la guía de los autores del instrumento original, para garantizar la armonización del contenido. En consecuencia, se realizaron estudios en países como México y Argentina, donde el cuestionario demostró validez, confiabilidad y conformidad con los estándares de referencia establecidos por países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia.

Creado originalmente en los Estados Unidos a principios de la década de 1990, el cuestionario de salud SF-36 fue diseñado específicamente para su implementación en el Estudio de resultados médicos. (30). La aplicación de una medida estándar de salud, conocida como escala genérica, se utiliza tanto para los pacientes como para la población en general. Esta escala tiene varios propósitos, incluida la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud dentro de una población, la comparación del impacto de diversas enfermedades, la determinación de la eficacia de diferentes tratamientos y la evaluación del estado de salud de pacientes individuales (31).

En el transcurso de casi una década, se llevó a cabo una evaluación integral para evaluar los beneficios potenciales y reales del cuestionario. Se examinó minuciosamente el contenido del cuestionario, el proceso de adaptación al español y la evidencia disponible sobre su fiabilidad y validez. El estudio también identificó las aplicaciones y limitaciones del cuestionario, así como resumió los avances recientes destinados a abordar estas limitaciones. En última instancia, la investigación concluyó que los estudios publicados sobre la versión en español del cuestionario SF-36 brindan amplia evidencia de su confiabilidad, validez y sensibilidad (32).

Definir el constructo de calidad de vida es una tarea compleja. En general, se refiere a la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida dentro del sistema cultural y de valores en el que habita. Esta percepción está influenciada por metas, expectativas, estándares e intereses. (33). Algunos académicos remontan los orígenes del concepto de calidad de vida a la necesidad de diferenciar resultados significativos para la investigación en salud, que surgieron de los primeros estudios sobre el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida (34). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que está ligado a hábitos de vida saludable y destaca la importancia de evaluarlo para valorar el bienestar de diversas poblaciones, incluyendo tanto trabajadores como jubilados (35).

Entre las diversas herramientas disponibles para medir la calidad de vida, el SF-36 se destaca como el más ampliamente empleado y examinado, con aplicaciones que se

extienden a diversos grupos de edad y condiciones médicas. (36) y que ha demostrado mejor validez y confiabilidad.

El cuestionario se describe en la parte de metodología del presente proyecto y se presenta el mismo en la sección de anexos.

2.2.4 Autoestima

“La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Un buen nivel de estima le permite a una persona quererse, valorarse, respetarse, es algo que se construye o reconstruye por dentro”. Esto depende, también, del ambiente familiar, social y educativo en el que esté inserto y los estímulos que éste le brinde. La autoestima es el valor que los individuos tienen de sí. “Si la evaluación que hacen de sí mismo lo llevan a aceptarse, aprobarse y a un sentimiento de valor propio, tienen una autoestima elevada; si se ven de manera negativa, su autoestima es baja” El auto-concepto es un constructo que se define como la capacidad para reconocer el propio patrón de vida y sus actitudes hacia sí y hacia los demás. Esta capacidad está constituida por un conjunto de conceptos internamente consistentes y jerárquicamente organizados. Otros autores señalan que el autoconcepto proporciona un marco para la percepción y organización de nuestras experiencias y es la clave para la comprensión de los pensamientos, sentimientos y las conductas de la gente.(37)

La autoestima influye en la calidad de vida relacionada con la salud de las siguientes maneras:

Autoimagen positiva: La autoestima positiva se relaciona con una imagen corporal positiva, lo que a su vez se relaciona con una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Las personas con una autoimagen positiva tienen más probabilidades de cuidar su cuerpo y su salud, lo que puede mejorar su calidad de vida.

Autoeficacia: La autoestima también se relaciona con la autoeficacia, que es la creencia en la capacidad de uno para realizar tareas y alcanzar metas. Las personas con alta autoestima y autoeficacia tienen más probabilidades de tomar medidas para mejorar su salud, lo que puede mejorar su calidad de vida.

Bienestar psicológico: La autoestima también se relaciona con el bienestar psicológico, que es un componente importante de la calidad de vida relacionada con la salud. Las personas con alta autoestima tienen más probabilidades de tener un buen estado de ánimo y una buena salud mental, lo que puede mejorar su calidad de vida.

Adherencia al tratamiento: La autoestima también se relaciona con la adherencia al tratamiento médico (7). Las personas con alta autoestima tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones de los médicos y tomar sus medicamentos, lo que puede mejorar su calidad de vida.

En resumen, la autoestima influye en la calidad de vida relacionada con la salud al afectar la autoimagen, la

autoeficacia, el bienestar psicológico y la adherencia al tratamiento.

Para evaluar la autoestima existen múltiples instrumentos siendo los más conocidos:

1. State Self Esteem Scale (SSES; Heather-ton y Polivy, 1991),
2. Janis-Field Scale (Fleming y Courtney, 1984),
3. Colective Self Esteem Scale (CSES; Luhtanen y Crocker, 1992)
4. Social Self Esteem Inven-tory (SSEI; Lawson et al., 1979)
5. Multidimensional Scale of Self-Esteem (EMES-16; Barbot y Safont-Motay, 2019),
6. Inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI; Coopersmith, 1967)
7. Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965; versión española de Atienza et al., 2000), siendo esta última una de las más utilizadas a nivel mundial y se encuentra validado para el Perú (38)
8. La escala de autoinforme de Rosenberg (RSE) está compuesta por diez ítems (5 copias) que miden la seguridad en uno mismo y tienen cuatro respuestas posibles, que van desde 1 hasta 4. Su rango de puntos está entre el 10 y el 40. La escala es unidimensional en las dos versiones, original y en español, de El señor de los anillos: El retorno del rey. La comprobación y fiabilidad de la versión traducida se hizo a través de un análisis factorial que probó que el modelo unidimensional era más óptimo para explicar el comportamiento. La fiabilidad se consiguió a través del índice de Cronbach (α)

= 0.86). También, se halló una estabilidad temporal a través del procedimiento de prueba-retest, los cuales presentaron una magnitud oscilando entre $r = 0.85$ y $r = 0.88$. En población peruana, este instrumento ha sido corroborado por Ventura-León et al. (2018) con una buena calidad psicométrica para el prototipo bidimensional: la autopercepción positiva y la autopercepción negativa.(38)

2.2.4.1 Prevención

Existen varios recursos que pueden ayudar a apoyar la autoestima de las madres adolescentes:

Programas de entrenamiento en habilidades sociales: Estos programas pueden ayudar a las madres adolescentes a desarrollar habilidades como la asertividad, la inteligencia emocional y la autoestima (39).

Programas de parentalidad positiva: Estos programas pueden ayudar a los padres, incluyendo a las madres adolescentes, a mejorar su gestión emocional y a desarrollar competencias personales emocionales y sociales para relacionarse con sus hijos adolescentes (40).

Escalas de competencias parentales emocionales y sociales: Estas escalas pueden ayudar a identificar las competencias en los padres y en las madres para relacionarse con sus hijos adolescentes y fomentar su autoestima (40).

Cuestionarios de autoestima: Estos cuestionarios pueden ayudar a evaluar la autoestima de las madres adolescentes y a identificar áreas de mejora (41).

En conclusión, existen varios recursos que pueden ayudar a apoyar la autoestima de las madres adolescentes, incluyendo programas de entrenamiento en habilidades sociales, programas de parentalidad positiva, escalas de competencias parentales emocionales y sociales, y cuestionarios de autoestima.

CAPÍTULO III

3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional, no se considerará hipótesis estadística.

3.2 VARIABLES

3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Indicadores	Categoría	Escala
Edad	Años cumplidos referidos y por registro en establecimiento	<ul style="list-style-type: none">- 1 a 14 años- 15 a 19 años- 20 a 21 años	Ordinal
Nivel de instrucción	Último grado de instrucción alcanzado	<ul style="list-style-type: none">- Sin instrucción- Primaria- Secundaria- Superior técnica- Superior Universitaria	Ordinal
Procedencia	Lugar de residencia de mayor parte de su ciclo de vida	<ul style="list-style-type: none">- Urbana- Rural	Nominal
Ocupación	Principal actividad que le ocupa o redita ingresos económicos	<ul style="list-style-type: none">- Estudiante- Ama de casa- Obrera dependiente- Obrera independiente- Empleada dependiente- Empleada independiente- Sin ocupación	Nominal
Aseguramiento	Condición de aseguramiento	<ul style="list-style-type: none">- SIS- Essalud	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> - Privado - Sin seguro 	
Número de hijos	Número de hijos que gesto o está en gestación	<ul style="list-style-type: none"> - 1 - 2 - Más de 2 	Ordinal
Estado civil	Condición conyugal actual	<ul style="list-style-type: none"> - Conviviente - Casada - Separada - Sin pareja 	Nominal
Dependencia económica	Condición de dependencia económica	<ul style="list-style-type: none"> - De sí misma - Padres - Familiares - Pareja 	Nominal
Calidad de Vida	Test de Calidad de Vida SF-36 (MINSA-Perú)	<ul style="list-style-type: none"> - Función Física (FF), - Rol Físico (RF), - Dolor Corporal (DC), - Salud General (SG), - Vitalidad (VT), - Función Social (FS), - Rol Emocional (RE) - Salud Mental (SM). 	Razón
Autoestima	Test de Rosenberg validado para el Perú	La puntuación se realizará en puntaje continuo (0-40)	Razón

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional de corte transversal analítico, debido a que no hubo manipulación de variables, la información se recogió en momento único.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

Se trabajó en la jurisdicción de la Microrred Metropolitana de la red de Salud de Tacna, conformada por los siguientes establecimientos:

- Centro de Salud Bolognesi
- Centro de Salud La Natividad
- Centro de Salud Metropolitano
- Centro de Salud Leoncio Prado
- Centro de Salud Augusto B. Leguía
- Puesto de Salud Jesús María
- Puesto de Salud Hábitat

Los establecimientos pertenecen al Ministerio de Salud

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

Población total de madres con el antecedente de gestación en edad adolescente y que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, para control principalmente de sesgo de memoria,

se tuvo un registro total de 73 gestantes en el periodo del 1 de enero del 2023 al 30 de octubre del 2023. Como población general.

Sin embargo, la población de estudio con las características de tener al recién nacido solo fueron 64.

4.3.2 Muestra

Se trabajó con el total de población registrada, por lo que no se realizó muestreo probabilístico. A este tipo de selección se le denomina muestreo censal. Se tuvo un registro total de 64 madres adolescentes, sin embargo, el marco muestral fue finalmente conformado por 59 madres adolescentes que respondieron a nuestra encuesta y que reunieron los criterios de inclusión.

4.3.2.1 Criterios de inclusión

- a. Pacientes registrados con el establecimiento.
- b. De 21 años al momento del estudio o menos.
- c. De procedencia peruana
- d. Con presencia de hijo(s) vivo (s)
- e. De todo estado civil o conyugal
- f. De ser menor de 18 años, contar con madre, padre o tutor que autorice su intervención.

4.3.2.2 Criterios de exclusión

- a. Persona que no desee participar.
- b. Personas con habilidades diferentes

- c. Con tratamiento psiquiátrico con compromiso mental severo.
- d. Paciente con diagnóstico VIH-SIDA, Lupus eritematoso o estado de compromiso severo de inmunidad.

4.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICA

La técnica fue la encuesta, con la aplicación de una ficha de recolección de datos sociodemográficos y aplicación de 02 test (Calidad de Vida SF-36 y Test de Autoestima de Rosenberg) que cuentan con validación en Perú.

4.4.2 INSTRUMENTOS (ver anexos)

a. Cuestionario de medición de la calidad de vida en Salud SF-36 V.2.

La escala en cuestión es una herramienta integral que ofrece una evaluación de la salud general, aplicable tanto a individuos en un contexto médico como a la población en general. Esta escala ha demostrado ser muy eficaz para medir la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) entre varios grupos, incluida la población general y subconjuntos específicos. Además, ha demostrado su utilidad para identificar las ventajas para la salud que resultan de una amplia gama de tratamientos, así como para

evaluar el estado de salud de pacientes individuales. El cuestionario de salud SF-36 V.2 consta de 36 preguntas que abarcan estados de salud tanto positivos como negativos. Estas preguntas se categorizan en 8 escalas, que engloban los conceptos de salud más utilizados que se encuentran en cuestionarios de salud destacados, así como aspectos directamente relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las 36 preguntas de este instrumento corresponden a las siguientes escalas: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM). Cada una es resultado de la agrupación de determinadas preguntas del cuestionario, y el puntaje final es entregado en un rango de 0 a 100 para cada escala. Cuanto mayor es el puntaje obtenido mejor es el estado de salud, de esta manera 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido.

Además, dichas escalas pueden ser agrupadas en dos grandes categorías, el Componente de Salud Física (CSF) y el Componente de Salud Mental (CSM).

b. Test de Autoestima de Rosenberg

La prueba consta de 10 ítems (5 inversos) con cuatro opciones de respuesta tipo Likert que van desde muy en desacuerdo = 1 hasta muy de acuerdo = 4. Tiene un rango de puntuaciones totales de 10 a 40 donde una mayor puntuación expresaría niveles elevados de autoestima. La mitad de los ítems de la escala (ítems 1, 3, 4, 7 y 10) se encuentran redactados en forma positiva, mientras que la

otra mitad (ítems 2, 5, 6, 8 y 9) en sentido inverso. Para los ítems 2, 5, 8, 9 y 9 se invierten las puntuaciones (Muy en desacuerdo = 4, En desacuerdo = 3, De acuerdo = 2, Muy de acuerdo = 1). Validado para el Perú. La fiabilidad se obtuvo mediante el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0.86$). Además, se encontró estabilidad temporal con el método de test-retest, cuyos valores oscilaron entre $r = 0.85$ y $r = 0.88$.(38)

La categorización es:

30 a 40 puntos: Autoestima elevada

26 a 29 puntos. Autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla

25 o menos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

Se solicitó a la Gerencia de cada establecimiento la autorización para el acceso a la información de historial clínico del periodo solicitado de la población seleccionada. De las mismas se obtuvo los datos sociodemográficos y características familiares, así como obtener la dirección correcta para la realización de la encuesta a través de visitas domiciliarias previa cita telefónica, en algunos casos. Se solicitó el acceso a la base de datos SIS para levantamiento de información respectiva de condición de aseguramiento y corroboración actualizada de dirección domiciliaria.

Los datos fueron recolectados a través de ficha de recolección de información digitalizada exportable a archivo Excel.

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas simples y de contingencia con valores absolutos y relativos, considerándose la presencia de cálculo de totales aproximándose a 2do decimal. Se calculan mediciones de tendencia central (media) para los valores continuos y medidas de dispersión (Varianza y desviación estándar). Se esquinzaró considerando chi cuadrada con un valor p significativo menor a 0.05.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado por el asesor y dictaminador institucional otorgado por la Unidad de Investigación de la FACSA, así como su evaluación adecuada de control de similitudes y Comité de Ética. Se contó con consentimiento informado de personas abordadas o de sus tutores.

Se guarda absoluta confidencialidad de la identidad de las pacientes abordadas y sus resultados clínicos, para lo cual se colocó códigos para cada caso.

Una copia de los resultados será alcanzada en forma consolidada a responsable del establecimiento para fines de colaboración en la mejora de los procesos investigados.

RESULTADOS

Tabla 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

		n	%
Establecimiento de salud	Hospital Hipólito Unanue	5	8,5%
	Leguía	10	16,9%
	Metropolitano	15	25,4%
	La Natividad	3	5,1%
	Hábitat	6	10,2%
	Leoncio Prado	13	22,0%
	Bolognesi	3	5,1%
	Jesús María	1	1,7%
	La Esperanza	3	5,1%
	Edad de embarazo	13	1
15		2	3,4%
16		11	18,6%
17		15	25,4%
18		16	27,1%
19		14	23,7%
Estado civil	Conviviente	19	32,2%
	Casada	3	5,1%
	Separada	3	5,1%
	Sin pareja	34	57,6%
Nivel de instrucción	Primaria	4	6,8%
	Secundaria	51	86,4%
	Superior técnica	4	6,8%
Procedencia	Urbana	56	94,9%
	Rural	3	5,1%
Ocupación	Estudiante	15	25,4%
	Ama de casa	14	23,7%
	Obrera dependiente	1	1,7%
	Empleada dependiente	1	1,7%
	Trabajo independiente	11	18,6%
	Sin ocupación	17	28,8%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 podemos observar que en la muestra de estudio, el 25,4% pertenecía a la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano seguido de un 22% a la jurisdicción del Centro de Salud Leoncio Prado y el 16,9% al Centro de Salud Leguía. El 8,5% de las adolescentes fueron atendidas directamente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Según la edad en que se embarazó, el 27,1% fue a los 18 años seguido de un 25,4% a los 17 años y un 23,7% a los 19 años. Se pudo observar un 3,4% que se embarazó los 15 años y un adolescente a los 13 años. Según el estado civil actual, el 57,6% cuenta con pareja actual seguido de un 32,2% en la condición de conviviente y un 5% en la condición de casada o separada respectivamente. Según el nivel de instrucción, el 86,4% tenía secundaria y el 6,8% grado de instrucción primaria con igual proporción superior técnica. Según lugar de procedencia, el 94,9% procedía de zona urbana y el 5,1% rural. Según ocupación, el 25,4% era estudiante seguido de un 23,7% ama de casa y el 28,8% se encontraba sin ocupación.

Tabla 2 CARACTERÍSTICAS SEGÚN ASEGURAMIENTO, NÚMERO DE HIJOS Y DEPENDENCIA ECONÓMICA EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

		n	%
Aseguramiento	SIS	55	93,2%
	Sin seguro	4	6,8%
	Total	59	100,0%
Número de hijos	1	57	96,6%
	2	2	3,4%
	Total	59	100,0%
Dependencia económica	De sí misma	12	20,3%
	Padres	24	40,7%
	Familiares	7	11,9%
	Pareja	16	27,1%
	Total	59	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 podemos observar que el 93,2% contaba con aseguramiento en el seguro integral de salud y el 6,8% no contaba con seguro. El 96,6% cuenta con un hijo pero el 3,4% ya cuenta con 2 hijos. Según dependencia económica, el 40,5% depende de sus padres seguido de un 27,1% de su pareja y el 20,3% de sí misma.

Tabla 3 DIMENSIONES DE MEDICION DE CALIDAD EN SALUD EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCION DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FUNCION FISICA (0-100)	59	10,00	100,00	69,58	25,87
ROL FISICO (0-100)	59	0,00	25,00	9,11	9,66
DOLOR CORPORAL (0-100)	59	41,00	100,00	77,73	17,98
SALUD GENERAL (0-100)	59	12,00	92,00	70,22	14,66
VITALIDAD (0-100)	59	12,50	87,50	61,55	15,48
FUNCION SOCIAL (0-100)	59	0,00	100,00	69,07	20,42
ROL EMOCIONAL (0-100)	59	0,00	25,00	12,71	10,98
SALUD MENTAL (0-100)	59	25,00	90,00	62,97	13,50

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se muestran los resultados de la medición de la calidad de vida en salud según el SF 36. Dicho instrumento valora la condición de calidad en salud en una escala del 0 al 100 determinando sus principales valores con la lectura de los promedios y características desviación estándar. Podemos observar que, observado el promedio, se encuentran elevado en las dimensiones de dolor corporal con 77,73 y en la dimensión salud general con un puntaje de 70,22. Ambas dimensiones se podría inferir que son las que mayormente se perciben como de mejor calidad. Las dimensiones con menor nivel de calidad de salud son rol emocional con un puntaje de 12,71 y rol físico con un puntaje de 9,11. Ambas dimensiones son las que necesitarían impostergablemente intervención.

Tabla 4 CONTRASTE DE DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA SF-36 EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORRED METROPOLITANA, 2023

		Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Función Física (0-100)	Correlación de Pearson	1	.499	.411	.028	.047	.050	.439	.063
	Sig. (bilateral)		.000	.001	.832	.721	.705	.001	.636
	N	59	59	59	59	59	59	59	59
Rol Físico (0-100)	Correlación de Pearson	.499	1	.178	.059	.131	-.008	.582	.052
	Sig. (bilateral)	.000		.178	.659	.322	.951	.000	.698
	N	59	59	59	59	59	59	59	59
Dolor Corporal (0-100)	Correlación de Pearson	.411	.178	1	.369	.355	.459	.296	.376
	Sig. (bilateral)	.001	.178		.004	.006	.000	.023	.003
	N	59	59	59	59	59	59	59	59
Salud General (0-100)	Correlación de Pearson	.028	.059	.369	1	.494	.405	.180	.472
	Sig. (bilateral)	.832	.659	.004		.000	.001	.172	.000
	N	59	59	59	59	59	59	59	59
Vitalidad (0-100)	Correlación de Pearson	.047	.131	.355	.494	1	.383	.115	.602
	Sig. (bilateral)	.721	.322	.006	.000		.003	.387	.000
	N	59	59	59	59	59	59	59	59
Funcion Social (0-100)	Correlación de Pearson	.050	-.008	.459	.405	.383	1	.166	.288
	Sig. (bilateral)	.705	.951	.000	.001	.003		.209	.027
	N	59	59	59	59	59	59	59	59
Rol Emocional (0-100)	Correlación de Pearson	.439	.582	.296	.180	.115	.166	1	.342
	Sig. (bilateral)	.001	.000	.023	.172	.387	.209		.008
	N	59	59	59	59	59	59	59	59
Salud Mental (0-100)	Correlación De Pearson	.063	.052	.376	.472	.602	.288	.342	1
	Sig. (Bilateral)	.636	.698	.003	.000	.000	.027	.008	
	N	59	59	59	59	59	59	59	59

Fuente: Elaboración propia

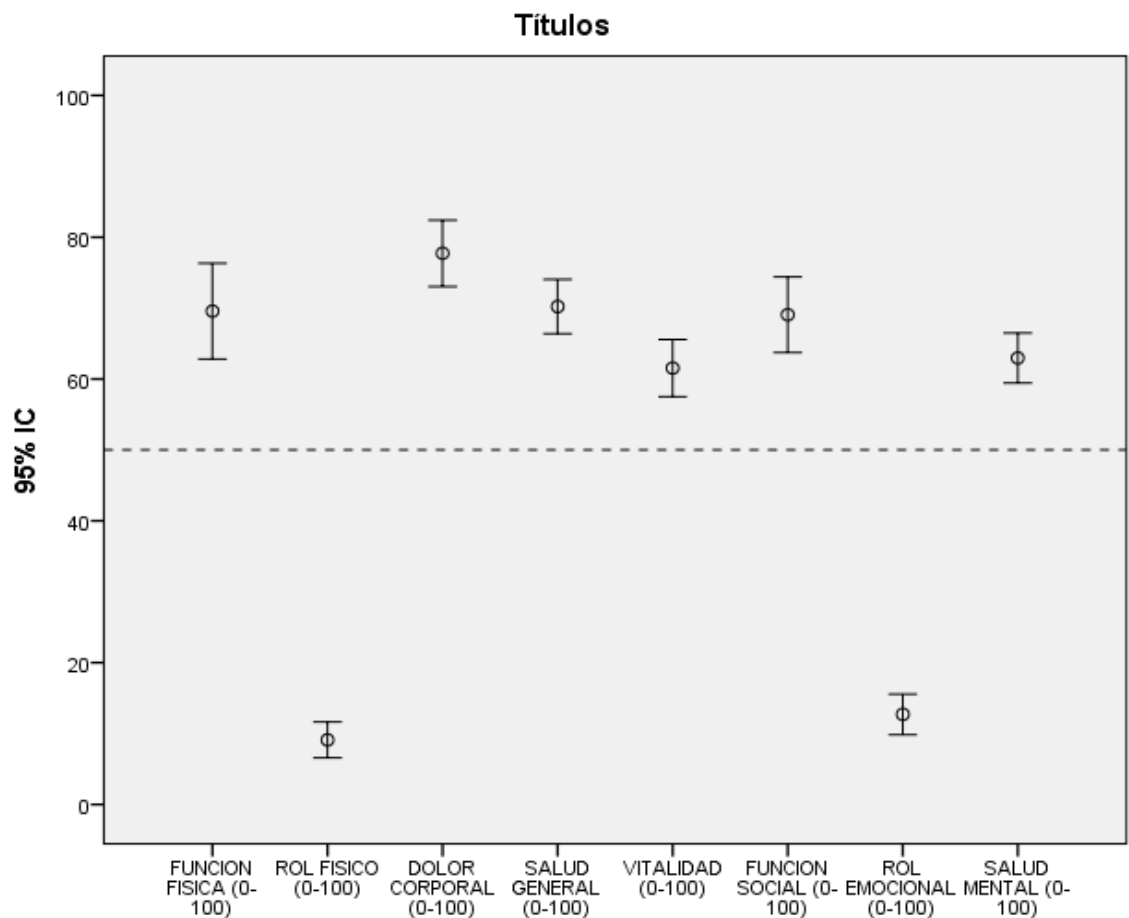
En la tabla 4 se puede observar la correlación entre las dimensiones exploradas en la medición de la calidad de salud. Podemos observar que las más comprometidas son el rol emocional que tuvo una relación estadísticamente significativa con la función física (p: 0,001), el dolor corporal (p: 0,023) y salud mental (p: 0,008).

Tabla 5 CONSOLIDADO DE CALIDAD EN SALUD SEGÚN COMPONENTE MENTAL Y FISICO EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

		Correlaciones	
		COMPONENTE FISICO	COMPONENTE MENTAL
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,884 ,000	-,237 ,071
ROL FISICO (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,540 ,000	-,022 ,871
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,659 ,000	,277 ,034
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,299 ,021	,514 ,000
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,181 ,170	,686 ,000
FUNCION SOCIAL (0- 100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,215 ,102	,584 ,000
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,349 ,007	,361 ,005
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,029 ,828	,833 ,000
N		59	59

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 se logra observar el consolidado de las dimensiones cuál y su relación con el componente físico y mental. En esta tabla se debe de destacar según el estudio aquellos componentes que tienen una relación indirecta según dimensiones. Podemos observar que el componente mental, en sus dimensiones de rol emocional y salud mental, es el más afectado y tiene una relación indirectamente proporcional con la función física y el rol físico. Esto explicaría que la disminución en las funciones físicas y roles físico del adolescente tienen una significativa influencia desde el componente mental (Correlación de Pearson -0,237 y -0,022, respectivamente)



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1 TENDENCIA COMPARATIVA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORRED METROPOLITANA, 2023

En la gráfica 01 se observa la tendencia de la relación comparativa entre las diferentes dimensiones de la calidad en salud. Esta comparación es con el intervalo del 95% de confianza. Podemos observar que significativamente las dimensiones más comprometidas son rol físico y rol emocional. Si el estudio lo repitiéramos en sí en muestras diferentes de adolescentes obtendríamos los mismos resultados observados en la gráfica 1

Tabla 6 EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORRED METROPOLITANA, 2023

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Componente Físico	59	29,71	57,04	46,5183	6,54629
Componente Mental	59	17,38	48,70	34,7973	6,87163
N válido (según lista)	59				

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 se observa finalmente la comparación de las escalas según los 2 componentes físico y mental. Podemos observar que en ambos el promedio es menor a 50 por lo que podríamos decir que la calidad de salud en ambos componentes está comprometida pero que en el componente mental, con una media de 34,79, es estadísticamente diferente y más afectada en el estudio.

Tabla 7 CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

		N	%
Calidad de Vida	Muy baja	11	18,6%
	Baja	20	33,9%
	Regular	16	27,1%
	Buena	12	20,3%
	Total	59	100,0%

Fuente: Elaboración propia

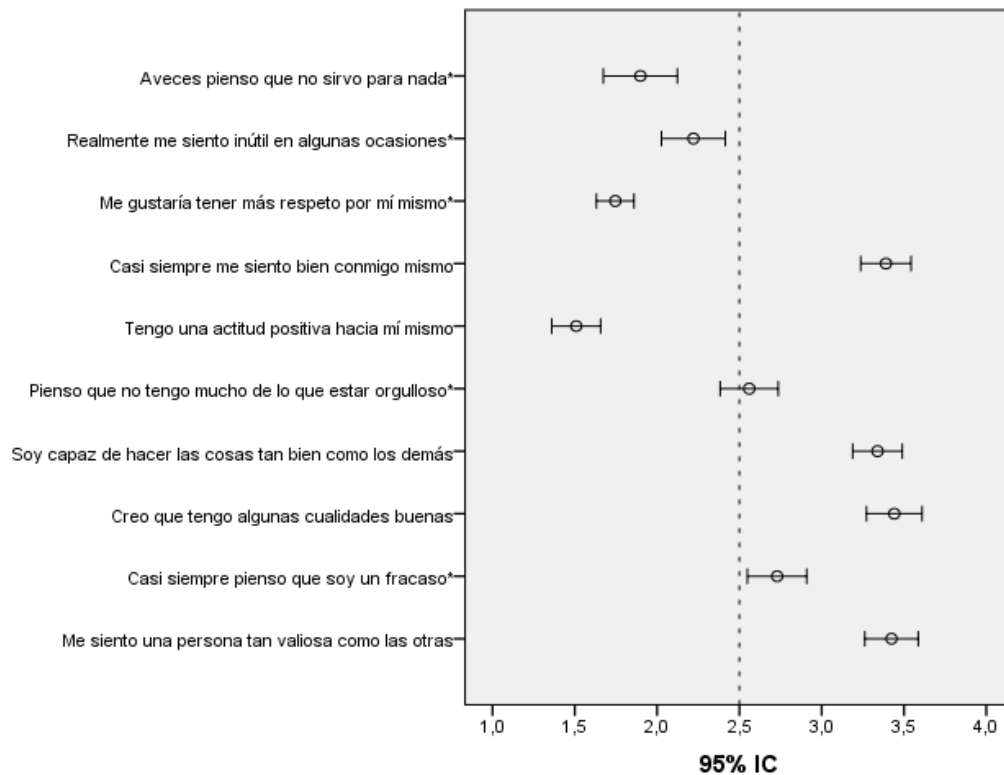
En la tabla 7 se realizó el baremo de los puntajes finales obtenidos a través de la escala de medición de la calidad de vida en salud con 1 desviación estándar. Podemos observar que el 33,9% percibe una baja calidad de vida en salud y el 18,6% como muy baja. Sólo el 20,3% de las adolescentes percibe una calidad de vida buena.

Tabla 8 NIVEL DE AUTOESTIMA EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS Y CONTROLADAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

		N	%
Nivel de Autoestima	Baja	20	33,9%
	Media	36	61,0%
	Alta	3	5,1%
	Total	59	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 se puede observar la medición del nivel de autoestima percibido por las adolescentes en estudio. Podemos observar que el 61% manifiesta un nivel medio de autoestima y el 33,9% un nivel bajo. Sólo el 5,1% es tamizado con un nivel de autoestima alto



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2 TENDENCIA DE LOS COMPONENTES DE LA MEDICIÓN DE AUTOESTIMA EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

En la gráfica 2 se identifica los componentes de la medición de la autoestima más comprometidos con un intervalo de confianza del 95%. Aquí se evalúan principalmente los componentes negativos y se puede identificar que los más afectados son “pienso que no tengo mucho de lo que estar orgulloso” y “casi siempre pienso que soy un fracaso”. En ellos los puntajes se encuentran elevados y su tendencia elevada al ser un ítem negativo. En el grupo de los componentes positivos, los más comprometidos son “me gustaría tener más respeto por mí mismo” y “tengo una actitud positiva hacia mí misma”, donde los puntajes alcanzados son estadísticamente menores debiendo esperarse de estos, en condiciones normales, ser los más adecuados.

Tabla 9 RELACION DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

Calidad de Vida	Nivel de Autoestima							
	Baja		Media		Alta		Total	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Muy baja	6	54,5%	4	36,4%	1	9,1%	11	100,0%
Baja	8	40,0%	10	50,0%	2	10,0%	20	100,0%
Regular	4	25,0%	12	75,0%	0	0,0%	16	100,0%
Buena	2	16,7%	10	83,3%	0	0,0%	12	100,0%
Total	20	33,9%	36	61,0%	3	5,1%	59	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Correlaciones			Nivel de Autoestima	Puntaje calidad
Rho de Spearman	Nivel de Autoestima	Coefficiente de correlación	1,000	,232
		Sig. (bilateral)		,077
	N		59	59
	Puntaje calidad	Coefficiente de correlación	,232	1,000
Sig. (bilateral)		,077		
N		59	59	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 se observa la relación entre calidad de vida y nivel de autoestima. Podemos observar según el Rho de Spearman (0,232) que la relación es directa con un nivel de dependencia de la calidad de vida respecto al nivel de autoestima del 23,2%. Esto confirma que en el grupo con calidad de vida muy baja, el 54,5% también percibe un nivel de autoestima baja y el 36,4% como nivel de autoestima media así mismo en el grupo con calidad de vida baja el 40% percibe un nivel de autoestima también baja y el 50% nivel de autoestima media. En el grupo con

calidad de vida buena, el 83,3% percibe un nivel de autoestima medio y un 16,7% como baja. Si bien los cuatro grupos de percepción de la calidad de vida en relación al nivel de autoestima se encuentran en niveles no adecuados, la diferencia entre los grupos es proporcionalmente significativa. En tal sentido es que cobra importancia la medición de las direccionalidades de la medición de esa correlación entre calidad de vida y nivel de autoestima lográndose determinar que a menor nivel de autoestima menor nivel de calidad de vida en salud siendo el nivel de dependencia entre ambas variables del 23,2%.

Tabla 11 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A AUTOESTIMA EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

		Nivel de Autoestima								p
		Baja		Media		Alta		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad de embarazo	13,00	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,758
	15,00	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	16,00	4	36,4%	7	63,6%	0	0,0%	11	100,0%	
	17,00	5	33,3%	10	66,7%	0	0,0%	15	100,0%	
	18,00	5	31,3%	9	56,3%	2	12,5%	16	100,0%	
	19,00	5	35,7%	8	57,1%	1	7,1%	14	100,0%	
estado civil	Conviviente	7	36,8%	11	57,9%	1	5,3%	19	100,0%	0,895
	Casada	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	Separada	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	3	100,0%	
	Sin pareja	12	35,3%	20	58,8%	2	5,9%	34	100,0%	
Nivel de instrucción	Primaria	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%	4	100,0%	0,153
	Secundaria	16	31,4%	33	64,7%	2	3,9%	51	100,0%	
	Superior técnica	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	4	100,0%	
Procedencia	Urbana	19	33,9%	34	60,7%	3	5,4%	56	100,0%	0,001
	Rural	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	3	100,0%	
Ocupación	Estudiante	8	53,3%	7	46,7%	0	0,0%	15	100,0%	
	Ama de casa	2	14,3%	12	85,7%	0	0,0%	14	100,0%	
	Obrera dependiente	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	
	Empleada dependiente	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
	Trabajo independiente	3	27,3%	8	72,7%	0	0,0%	11	100,0%	
	Sin ocupación	7	41,2%	8	47,1%	2	11,8%	17	100,0%	
Aseguramiento	SIS	19	34,5%	35	63,6%	1	1,8%	55	100,0%	0,000
	Sin seguro	1	25,0%	1	25,0%	2	50,0%	4	100,0%	
Número de hijos	1	19	33,3%	35	61,4%	3	5,3%	57	100,0%	0,859
	2	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%	
dependencia económica	De sí misma	3	25,0%	8	66,7%	1	8,3%	12	100,0%	0,932
	Padres	10	41,7%	13	54,2%	1	4,2%	24	100,0%	
	Familiares	2	28,6%	5	71,4%	0	0,0%	7	100,0%	
	Pareja	5	31,3%	10	62,5%	1	6,3%	16	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11 sí identifica que la variable asociada a nivel de autoestima es procedencia, donde los niveles de autoestima se manifiestan mejores en los de procedencia urbana. Se desestima la relación de aseguramiento pues los niveles muestrales de aquellas que están sin seguro no permiten un valor comparable a considerar.

Tabla 12 CARACTERÍSTICAS RELACIONADOS A CALIDAD DE VIDA EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA, 2023

		Calidad de Vida										P
		Muy baja		Baja		Regular		Buena		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad de embarazo	13,00	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,594
	15,00	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	16,00	3	27,3%	1	9,1%	3	27,3%	4	36,4%	11	100,0%	
	17,00	4	26,7%	4	26,7%	5	33,3%	2	13,3%	15	100,0%	
	18,00	3	18,8%	7	43,8%	5	31,3%	1	6,3%	16	100,0%	
	19,00	1	7,1%	6	42,9%	3	21,4%	4	28,6%	14	100,0%	
	Total	11	18,6%	20	33,9%	16	27,1%	12	20,3%	59	100,0%	
estado civil	Conviviente	3	15,8%	10	52,6%	1	5,3%	5	26,3%	19	100,0%	0,069
	Casada	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	3	100,0%	
	Separada	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	3	100,0%	
	Sin pareja	6	17,6%	8	23,5%	13	38,2%	7	20,6%	34	100,0%	
	Total	11	18,6%	20	33,9%	16	27,1%	12	20,3%	59	100,0%	
Nivel de instrucción	Primaria	1	25,0%	2	50,0%	0	0,0%	1	25,0%	4	100,0%	0,742
	Secundaria	9	17,6%	16	31,4%	16	31,4%	10	19,6%	51	100,0%	
	Superior técnica	1	25,0%	2	50,0%	0	0,0%	1	25,0%	4	100,0%	
	Total	11	18,6%	20	33,9%	16	27,1%	12	20,3%	59	100,0%	
Procedencia	Urbana	10	17,9%	19	33,9%	16	28,6%	11	19,6%	56	100,0%	0,686
	Rural	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%	1	33,3%	3	100,0%	
	Total	11	18,6%	20	33,9%	16	27,1%	12	20,3%	59	100,0%	
Ocupación	Estudiante	4	26,7%	5	33,3%	6	40,0%	0	0,0%	15	100,0%	0,174
	Ama de casa	3	21,4%	6	42,9%	1	7,1%	4	28,6%	14	100,0%	
	Obrera dependiente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
	Empleada dependiente	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	
	Trabajo independiente	1	9,1%	6	54,5%	2	18,2%	2	18,2%	11	100,0%	
	Sin ocupación	3	17,6%	2	11,8%	7	41,2%	5	29,4%	17	100,0%	
	Total	11	18,6%	20	33,9%	16	27,1%	12	20,3%	59	100,0%	
Aseguramiento	SIS	10	18,2%	19	34,5%	14	25,5%	12	21,8%	55	100,0%	0,595
	Sin seguro	1	25,0%	1	25,0%	2	50,0%	0	0,0%	4	100,0%	
	Total	11	18,6%	20	33,9%	16	27,1%	12	20,3%	59	100,0%	
Número de hijos	1	11	19,3%	19	33,3%	16	28,1%	11	19,3%	57	100,0%	0,572
	2	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	Total	11	18,6%	20	33,9%	16	27,1%	12	20,3%	59	100,0%	
dependencia económica	De sí misma	2	16,7%	5	41,7%	1	8,3%	4	33,3%	12	100,0%	0,070
	Padres	6	25,0%	6	25,0%	9	37,5%	3	12,5%	24	100,0%	
	Familiares	2	28,6%	0	0,0%	4	57,1%	1	14,3%	7	100,0%	
	Pareja	1	6,3%	9	56,3%	2	12,5%	4	25,0%	16	100,0%	
	Total	11	18,6%	20	33,9%	16	27,1%	12	20,3%	59	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Ninguna de las variables exploradas independientes manifiesta un nivel de relación con la calidad de vida.

DISCUSIÓN

Chávarry-Ysla et al indica que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe siguen siendo las segundas más altas del mundo, con 66,5 nacimientos por cada 1000 niñas de 15 a 19 años, solo superadas por las de África subsahariana. El 42 % de madres adolescentes refieren sentirse estigmatizadas donde los estresores incluyeron inmadurez física, mental y emocional, prejuicios familiares y sociales (personal de salud, vecinos y pares), temor, vergüenza y decepción (15). Kho et al. refiere que el control psicológico de los padres se asocia con malos resultados en la adolescencia. Los hallazgos sugieren que las percepciones de los adolescentes sobre la calidad son más pobres cuando los adolescentes atribuyen un comportamiento de madres. Destaca la importancia de las percepciones de los adolescentes sobre el comportamiento durante las conversaciones entre padres y adolescentes. (10) Wu et al. refiere que la autoestima tiende a disminuir en la adolescencia, pero está ligada a resultados adaptativos en esa etapa de la vida. Un análisis multinivel reveló que la autoestima de los adolescentes era significativamente más alta en los días en que tenían interacciones más cálidas o menos tensas con sus madres de lo habitual. (11) Namutebial refieren que las adolescentes corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante los periodos intraparto y posparto y no se conoce la percepción de las madres adolescentes sobre sus necesidades de atención sanitaria. Las madres primerizas adolescentes deseaban recibir información sobre temas clave como cuidados personales y del recién nacido, lactancia materna, inmunización y planificación familiar. Consideraron que los trabajadores sanitarios son fundamentales para arbitrar entre ellas y sus padres. Se trata de una oportunidad perdida para proporcionar educación sanitaria y ponerlas en contacto con servicios de salud sexual y reproductiva, habilidades para la vida o educación continua.(12) Quinlivan, refiere que está claro que un número variable de madres adolescentes no han planificado, hasta cierto punto, la paternidad. Este es el caso de muchas adolescentes modifican sus comportamientos de riesgo en previsión de un embarazo. embarazo. La perspectiva consciente o

inconsciente del embarazo representa un espacio potencial para replantearse comportamientos. Estrategias que pueden ser útiles incluyen el uso de clínicas multidisciplinarias para embarazos en adolescentes. (13). Lastinger et al en su trabajo refiere que las tasas de embarazo adolescente sigue siendo alta y muestra discrepancias según los países. En su estudio, los recién nacidos de madres adolescentes eran significativamente más pequeños ($49,98 \pm 3,11$ frente a $50,31 \pm 3,16$ cm, $p < 0,001$) La mortalidad perinatal fue mayor en el grupo de edad inferior a 20 años (0,7 frente a 0,6%, $p = 0,043$). Las futuras recomendaciones de las directrices deberían centrarse en aspectos importantes de la atención obstétrica en madres adolescentes.(14)

En el Perú, Mucha et al observa la correlación entre el maltrato sufrido por adolescentes embarazadas y su impacto en el peso de los recién nacidos en diferentes altitudes del Perú. Los resultados revelaron un mayor riesgo de peso inadecuado al nacer cuando hubo violencia física (riesgo relativo ajustado [RRa]: 1,42; $p = 0,045$) (16). Fernández Rojas et al en su trabajo “Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú” evalúa los diversos elementos que contribuyen al embarazo adolescente en el Perú. Los hallazgos revelan que la prevalencia de embarazo entre adolescentes en Perú fue de 1,2%, con 19,3% residiendo en zonas selváticas y 29,7% en zonas rurales. destaca la presencia de factores sociales y obstétricos relacionados con el embarazo adolescente, siendo las relaciones de pareja como el factor más influyente.(17)

En nuestro estudio se exploró variables sanitarias pero consolidadas en un instrumento (SF-36) que las explora en conjunto en las madres adolescentes de una microrred de salud. Asimismo, se exploró la autoestima como factor concomitante. Según la edad en que se embarazó, el 27,1% fue a los 18 años seguido de un 25,4% a los 17 años y un 23,7% a los 19 años. Se pudo observar un 3,4% que se embarazó los 15 años y un adolescente a los 13 años. Según el estado civil actual, el 57,6% cuenta con pareja actual seguido de un 32,2% en la condición de conviviente y un 5% en la condición de casada o separada respectivamente. Según el nivel de instrucción, el 86,4% tenía secundaria. Según lugar de procedencia, el 94,9%

procedía de zona urbana y el 5,1% rural. Según ocupación, el 25,4% era estudiante seguido de un 23,7% ama de casa y el 28,8% se encontraba sin ocupación. El 96,6% cuenta con un hijo pero el 3,4% ya cuenta con 2 hijos. el 40,5% depende de sus padres seguido de un 27,1% de su pareja y el 20,3% de sí misma. Explorando la calidad de vida en salud, las dimensiones con menor nivel de calidad de salud son rol emocional con un puntaje de 12,71 y rol físico con un puntaje de 9,11. Ambas dimensiones son las que necesitarían impostergablemente intervención. El rol emocional que tuvo una relación estadísticamente significativa con la función física ($p: 0,001$), el dolor corporal ($p: 0,023$) y salud mental ($p: 0,008$). En el consolidado baremizado del puntaje de medición de calidad de vida, el 33,9% percibe una baja calidad de vida en salud y el 18,6% como muy baja. Sólo el 20,3% de las adolescentes percibe una calidad de vida buena. Asimismo, el 61% manifiesta un nivel medio de autoestima y el 33,9% un nivel bajo. Hoy sólo el 5,1% es tamizado con un nivel de autoestima alto donde los ítems más afectados son “pienso que no tengo mucho de lo que estar orgulloso” y “casi siempre pienso que soy un fracaso”.

Respecto a la relación de calidad de vida y autoestima, la medición de las direccionalidades de la medición de esa correlación determina que a menor nivel de autoestima menor nivel de calidad de vida en salud siendo el nivel de dependencia entre ambas variables del 23,2%.

Cabe la necesidad de seguimiento personalizado de cada caso, con la posibilidad de aperturar estrategias enfocadas en la salud mental y inserción social.

CONCLUSIONES

- a) El 33,9% de las madres adolescentes tiene una baja calidad de vida en salud, el 18,6% muy baja. Sólo el 20,3% de las adolescentes percibe una calidad de vida buena. Las dimensiones más afectadas son rol emocional y rol físico. El consolidado del promedio de los componentes físico y mental fueron de 46,5183 y 34,7973 puntos, respectivamente.
- b) El 61% manifiesta un nivel medio de autoestima y el 33,9% un nivel bajo. Sólo el 5,1% es tamizado con un nivel de autoestima alto.
- c) La relación entre calidad de vida y nivel de autoestima es directa con un nivel de dependencia de la calidad de vida respecto al nivel de autoestima del 23,2%. (Rho de Spearman: 0,232).

RECOMENDACIONES

1. Incidir con estrategias que mejoren la calidad de vida por medio de programas educativos dando énfasis en la salud mental y física de las adolescentes. Asimismo se recomienda realizar trabajos de investigación bajo este modelo en otras jurisdicciones de La Red de Salud de Tacna, donde se incluya también la zona alto andina.
2. Proponer una estrategia de seguimiento a cada caso identificado con énfasis en la salud mental de la madre adolescente y su inserción social.
3. Determinar la exploración del componente familiar y de pareja como variables intervinientes en la calidad de vida y autoestima de la madre adolescente en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas-Murga HB, Saavedra-Castillo JE. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental del adolescente en el Perú. Diagnóstico [Internet]. 31 de marzo de 2023 [citado 23 de septiembre de 2023];62(1):e430-e430. Disponible en: <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/430>
2. Moreno Mojica CM, Mesa Chaparro NP, Pérez Cipagauta Z, Vargas Fonseca DP. Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. Revista Cuidarte [Internet]. julio de 2015 [citado 23 de septiembre de 2023];6(2):1041-53. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732015000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Godoy M, Guberma M, Luis Arrué Bárbara, Aedo C, Morales I. Investigación sobre madres en lactancia y vida cotidiana. Estudio sobre la subjetividad. Revista Científica de Ciencias de la Salud [Internet]. 3 de agosto de 2022 [citado 23 de septiembre de 2023];15(1):70-4. Disponible en: https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1757
4. Boada B, Vega Acuña MA. Autoestima y calidad de vida en madres adolescentes que acuden al centro de salud salcedo tipo B. [Internet] [Thesis]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Chimborazo,2018; 2018 [citado 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4541>
5. Gorrita RR, Brito D, Ravelo Y, Ruiz E. Age and marital status of pregnant women, family ontogeny and breastfeeding knowledge. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 [citado 23 de septiembre de 2023];31(2):169-81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=64058>
6. Garcés Narváez MDP. Aspectos psicosociales que intervienen en el embarazo en madres adolescentes de 14 – 19 años atendidas en el Hospital General Provincial Latacunga en el año 2014 [Internet] [Thesis]. [Riobamba]: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016 [citado 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.esepoch.edu.ec/handle/123456789/7328>
7. Muros Molina JJ. Asociación entre estilos de vida saludables, autoestima y calidad de vida relacionada con la salud en escolares [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. [España]: Universidad de Jaén; 2019 [citado 23 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=255279>
8. Velásquez-Morales A. Influencia de la salud mental en la calidad de vida de personas con vitíligo. Dermatol Rev Mex [Internet]. 2021 [citado 23 de

septiembre de 2023];65(2). Disponible en: <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i2.5611>

9. Delgado-Floody P, Caamaño-Navarrete F, Jerez-Mayorga D, Cofré-Lizama A. Calidad de vida, autoestima, condición física y estado nutricional en adolescentes y su relación con el rendimiento académico. ALAN [Internet]. 2000 [citado 23 de septiembre de 2023];69(3):174-81. Disponible en: <https://doi.org/10.37527/2019.69.3.006>
10. Kho C, Main A, Rote WM. Maternal psychological control and mother-adolescent conflict discussion quality: Different perceptions are key. J Fam Psychol. septiembre de 2022;36(6):896-906.
11. Wu Y, Yuan R, Wu Y. Good can be stronger than bad: the daily relationship among maternal warmth, mother-teen conflict and adolescents' self-esteem. Curr Psychol [Internet]. 2 de septiembre de 2022 [citado 23 de septiembre de 2023];1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03718-3>
12. Namutebi M, Kabahinda D, Mbalinda SN, Nabunya R, Nanfuka DG, Kabiri L, et al. Teenage first-time mothers' perceptions about their health care needs in the immediate and early postpartum period in Uganda. BMC Pregnancy Childbirth. 3 de octubre de 2022;22(1):743.
13. Quinlivan JA. Teenagers who plan parenthood. Sex Health [Internet]. 2004;1(4):201-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1071/sh04011>.
14. Lastinger J, Enengl S, Neururer S, Leitner H, Oppelt P, Stelzl P. Teenage Pregnancies in Austria – an Epidemiological Study on Prevalence and Perinatal Outcome. Geburtshilfe Frauenheilkd [Internet]. 25 de octubre de 2022 [citado 23 de septiembre de 2023];83(2):212-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9897896/>
15. Chávarry-Ysla P del R. Estigmatización del sistema adolescente embarazada. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. marzo de 2020 [citado 23 de septiembre de 2023];36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192020000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Mucha L, Hernani LA, Mejia CR. Maltrato en la gestante adolescente y su efecto en el peso del recién nacido en la altura geográfica peruana, Huancayo, Perú. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. junio de 2022 [citado 23 de septiembre de 2023];87(3):171-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262022000300171&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Fernandez Rojas M. Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú, análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

2020. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2021 [citado 20 de junio de 2023]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/17476>
18. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* [Internet]. diciembre de 2004 [citado 4 de julio de 2023];11(8):53-62. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 19. Lemus N, Parrado R, Quintana G. Calidad de vida en el sistema de salud. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 1 de marzo de 2014 [citado 4 de julio de 2023];21(1):1-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-calidad-vida-el-sistema-salud-S0121812314701409>
 20. Juniper E, Price D, Fabienne. Calidad de vida relacionada con la salud [Internet]. European Lung Foundation. 2023 [citado 4 de julio de 2023]. Disponible en: <https://europeanlung.org/es/information-hub/living-with-a-lung-condition/calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud/>
 21. Lugo LH, García HI, Gómez C. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *Iatreia* [Internet]. junio de 2002 [citado 4 de julio de 2023];15(2):96-102. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-07932002000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 22. OMS. WHOQOL Group, Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993; 2(2): 153-9.
 23. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. SF 36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Massachusetts: The Health Institute; 1994.
 24. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health.* 1980; 34(4): 281-6.
 25. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care.* 1981; 19(8): 787-805.
 26. Mishra, G.D., Gale CR, Sayer AA, Cooper C, Dennison EM, Whalley LJ, et al. How useful are the SF-36 sub-scales in older people? Mokken scaling of data from the HALCYON programme. *Qual Life Res.* 2011; 20(7): 1005-10.

27. Kaplan RM, Bush JW, Berry CC. . Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Serv Res.* 1976; 11(4): 478-507.
28. Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. Multi-attribute health status classification systems. *Health Utilities Index. Pharmacoeconomics.* 1995; 7(6): 490-502.
29. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics.* 2000; 17(1): 13-35.
30. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care [Internet].* 1992 [citado 25 de abril de 2017];30(6):473-83. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3765916>
31. Ware JEJ. SF-36 Health Survey Update. *Spine [Internet].* 2000 [citado 23 de septiembre de 2023];25(24):3130-9. Disponible en: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/SF_36_Health_Survey_Update.8.aspx
32. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria [Internet].* abril de 2005 [citado 23 de septiembre de 2023];19(2):135-50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Solano-Mora L, Moncada-Jiménez J, Araya-Vargas G, Jiménez-Torres J. Validez factorial del Cuestionario de Salud SF-36 en jubilados universitarios costarricenses. *Revista Costarricense de Salud Pública [Internet].* 2015 [citado 23 de septiembre de 2023];24(2):143-52. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-14292015000200143&lng=en&nrm=iso&tlng=es
34. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica [Internet].* abril de 2012 [citado 11 de julio de 2017];30(1):61-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Organización Panamericana de la Salud. OMS. 2022 [citado 23 de septiembre de 2023]. Curso de vida saludable - OPS/OMS Construyendo una mejor inmunidad: Un camino hacia la longevidad saludable. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable>
36. Solano-Mora L, Moncada-Jiménez J, Araya-Vargas G, Jiménez-Torres J, Solano-Mora L, Moncada-Jiménez J, et al. Factorial validity of the SF-36

- Health Survey in Costa Rican former university employees. *Revista Costarricense de Salud Pública* [Internet]. diciembre de 2015 [citado 25 de abril de 2017];24(2):143-52. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-14292015000200143&lng=en&nrm=iso&tlng=es
37. Moragas M. *Sociología de la comunicación de masas* [Internet]. 2.^a ed. Barcelona: Gustavo Gili; 1986. 197 p. (2; vol. 1). Disponible en: <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/ecal/wp-content/uploads/sites/141/2020/07/De-MORAGAS-M-Introducci%C3%B3n.pdf-1-21.pdf>
38. Sánchez-Villena AR, Fuente-Figuerola V de L, Ventura-León J. Modelos factoriales de la Escala de Autoestima de Rosenberg en adolescentes peruanos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 16 de abril de 2021;26(1):47-55.
39. López ÁJM, Hernández N de la C de la Y, Ruiz IIC. Premisas y reflexiones teóricas para fundamentar un Programa de Entrenamiento en habilidades sociales en adolescentes. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 4 de julio de 2023]; Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3208>
40. González RAM, Rodríguez-Ruiz B, García MTI. Comparación de competencias parentales en padres y en madres con hijos e hijas adolescentes. *Aula Abierta* [Internet]. 20 de diciembre de 2021 [citado 4 de julio de 2023];50(4):777-86. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/AA/article/view/16718>
41. Ramos Rangel Y, Borges Caballero D. Autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 4 de julio de 2023];32(4):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252016000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

Cuestionario estructurado

Edad: _____

1. 11 a 14 años
2. 15 a 19 años
3. 20 a 21 años

Nivel de instrucción

1. Sin instrucción
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior técnica
5. Superior Universitaria

Procedencia

1. Urbana
2. Rural

Ocupación

1. Estudiante
2. Ama de casa
3. Obrera dependiente
4. Obrera independiente
5. Empleada dependiente
6. Empleada independiente
7. Sin ocupación

Aseguramiento

1. SIS
2. Essalud
3. Privado
4. Sin seguro

Número de hijos: _____

Estado civil

1. Conviviente
2. Casada
3. Separada
4. Sin pareja

Dependencia económica

1. De sí misma
2. Padres
3. Familiares
4. Pareja

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD – SF36

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. (Q1) En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. (Q2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. (Q3a) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. (Q3b) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. (Q3c) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. (Q3d) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. (Q3e) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. (Q3f) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. (Q3g) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. (Q3h) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. (Q3i) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. (Q3j) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13.(Q4a) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. (Q4b) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. (Q4c) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. (Q4d) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. (Q5a) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. (Q5b) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. (Q5c) Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. (Q6) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. (Q7) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. (Q8) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. (Q9a) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. (Q9b) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. (Q9c) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. (Q9d) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. (Q9e) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces

- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. (Q9f) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. (Q9g) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. (Q9h) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. (Q9i) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez

32. (Q10) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre

- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. (Q11a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34.(Q11b) Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35.(Q11c) Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. (Q11d) Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

VALIDADO PARA EL PERU(38)

Leer los ítems que aparecen a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

1	2	3	4
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

	1	2	3	4
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras				
2. Casi siempre pienso que soy un fracaso*				
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás				
5. Pienso que no tengo mucho de lo que estar orgulloso*				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				
7. Casi siempre me siento bien conmigo mismo				
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo* (omitido)				
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones*				
10. A veces pienso que no sirvo para nada*				

*Los ítems se considerarán en orden inverso para fines de cálculo de puntaje final

Anexo 2:

Hoja informativa para consentimiento informado

Código:

Estimado padre/madre o tutor legal, lo saludo cordialmente. Me dirijo a usted en calidad de investigador para solicitar su consentimiento informado para encuestar a su hijo/a, acerca de la calidad de vida y autoestima en adolescentes embarazadas o madre adolescente. El objetivo de este estudio es medir la calidad de vida y la autoestima de las adolescentes embarazadas o madres adolescentes, con el fin de conocer su situación y contribuir a mejorar su bienestar y el de sus hijos.

A continuación, les proporciono los detalles de la encuesta y los procedimientos que se llevarán a cabo:

Procedimiento: La encuesta se llevará a cabo de forma voluntaria y anónima. Mediante visitas domiciliarias, previa coordinación telefónica y/o presencial, el cuestionario contiene preguntas relacionadas a su salud y bienestar emocional.

Confidencialidad: Los datos se analizarán de forma grupal y no se revelarán datos personales identificables. La información recopilada se utilizará únicamente para fines de investigación y no se compartirá con terceros.

Beneficios y riesgos: Participar en esta encuesta no conlleva ningún riesgo físico o psicológico para la gestante o madre adolescente. Los resultados de la encuesta nos permitirán comprender mejor la situación de las adolescentes gestantes o madres.

Consentimiento voluntario: La participación en este estudio es voluntaria y confidencial. Las adolescentes que decidan participar tendrán que responder un cuestionario sobre su calidad de vida y autoestima.

Si están de acuerdo con que su hija participe en esta encuesta, les agradecería que firmen y devuelvan el formulario adjunto. Si tienen alguna pregunta o inquietud, no duden en ponerse en contacto conmigo a través de los datos de contacto proporcionados a continuación.

Agradezco su tiempo y consideración. Su participación es de gran importancia para el éxito de esta investigación. Atentamente,

Deggi Gutiérrez Siña

Estudiante de Medicina Humana (cel. 952601212)

Anexo 3:

Hoja de consentimiento Informado

Código:

Título del Proyecto: "Calidad de vida en salud y nivel de autoestima en madres adolescentes menores de 21 años atendidas y controladas en la jurisdicción de la Microred Metropolitana"

Investigador Principal: Deggi Gutiérrez Siña (Cell. 952601212)

Yo:

(Padre/madre/apoderado/tutor)

- He leído la hoja de información que me han facilitado. y me han aclarado las preguntas que hice
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador arriba indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi permiso y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a los datos personales.

Consiento en la participación en el presente estudio: **SÍ () NO ()**

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Firma.....