

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**EMBARAZO Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES  
QUE ASISTEN AL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR. CAJAMARCA,  
2024.**

**Para optar el título profesional de**

**OBSTETRA**

**Presentado por:**

**Bachiller: Lorena Jackeline Guevara Centurión**

**Asesora: M. Cs. Obsta. Jane Del Rosario Julián Castro**

**Cajamarca-Perú**

**2024**



## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Lorena Jackeline Guevara Centurión**  
DNI: **73885503**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

2. Asesor: **M.Cs. JANE DEL ROSARIO JULIÁN CASTRO**  
Facultad/Unidad UNC: **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

3. Grado académico o título profesional  
 Bachiller       Título profesional       Segunda especialidad  
 Maestro       Doctor

4. Tipo de Investigación:  
 Tesis    Trabajo de investigación    Trabajo de suficiencia profesional  
 Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación: **EMBARAZO Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA, 2024**

6. Fecha de evaluación del Software antiplagio: **31/7/2024**

7. Software antiplagio:  **TURNITIN**       **URKUND (OURIGINAL) (\*)**

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **13%**

9. Código Documento: **oid:3117:370925269**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

**APROBADO**    **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Cajamarca, 31 de julio del 2024

  <i>[Firma]</i> <b>Dra. Martha Vicenta Abanto Villar</b> DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS	<p>Firma y/o Sello Emisor Constancia</p>
<p><b>Dra. Martha Vicenta Abanto Villar</b> DNI: 26673990</p>	

\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

**Copyright © 2024**  
**by Lorena Jackeline Guevara Centurión**  
**Derechos Reservados**

**Se dedica a:**

**Dios por su amor desinteresado y su tierno cuidado que nos brinda a mi familia y a mí.**

**Mis padres, por su apoyo y ejemplo de humildad y sacrificio; enseñándome todos los valores que tengo. Lo aprendido es gracias a ellos.**

**Mis hermanos por estar conmigo en cada momento y siempre apoyarme.**

**Mis migos porque siempre me dan una enseñanza valiosa.**

**Lorena**

Se agradece a:

La Universidad Nacional de Cajamarca por darme la oportunidad de forjarme como profesional.

La Facultad Ciencias de la Salud en particular a todos los profesores de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia quienes me enseñaron y apoyaron para seguir adelante en este camino.

Mi asesora de tesis, M. Cs. Obsta. Jane Del Rosario Julián Castro, quien gracias a sus conocimientos y experiencia me ha guiado en la ejecución del presente trabajo de investigación.



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 12:30 del 22 de JULIO del 2024, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

EMBARAZO Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR. CAJAMARCA, 2024.

del (a) Bachiller en Obstetricia:

LORENA JACKELINE GUEVARA CENTURIÓN

Siendo las 2:00 pm del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos:

APROBAR, con el calificativo de: 18, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra APTA para la obtención del Título Profesional de: OBSTETRA.

Table with 2 columns: Miembros Jurado Evaluador (Nombres y Apellidos) and Firma. Rows include Presidente (Dra. María Ynés Huamaní Medina), Secretario(a) (Dra. Rosa del Pilar Uriarte Torres), Vocal (Mcs. Marieta Marlene Lezama Torres), Accesitaria, Asesor (a) (Mcs. Jane del Rosario Julián Castro), and Asesor (a).

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)

REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)

DESAPROBADO (10 a menos)

## INDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	v
INDICE DE TABLAS.....	vii
GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I.....	13
EL PROBLEMA.....	13
1.1 Definición y delimitación del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	15
1.3 Objetivos.....	15
1.3.1 Objetivos específicos.....	15
1.4 Justificación.....	16
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 Antecedentes.....	18
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	18
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	18
2.1.3 Antecedentes locales.....	20
2.2 Marco Conceptual.....	20
2.3 Hipótesis.....	39
2.4 Variables.....	39
2.4.1 Variable 1.....	39
2.4.2 Variable 2.....	39
2.4.3 Conceptualización y operacionalización de variables.....	40
CAPÍTULO III.....	42
METODOLOGÍA.....	42
3.1 Diseño y tipo de estudio.....	42
3.2 Área de estudio y población.....	42
3.3 Muestra.....	42
3.3.1 Tamaño de muestra y muestreo.....	42
3.4 Unidad de análisis.....	43
3.5 Criterios de inclusión.....	43
3.6 Consideraciones éticas de la investigación.....	43

3.7 Procedimiento para la recolección de datos.....	43
3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
3.9 Procesamiento y análisis de datos.....	44
3.10 Control de calidad de datos.....	45
CAPÍTULO IV.....	46
Interpretación de resultados.....	46
CAPÍTULO V.....	51
Análisis y discusión de resultados.....	51
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	67
Anexo 01: Instrumento.....	67
Anexo 02: Cuadro de área y de ítems de las habilidades sociales.....	69
Anexo 03: Categoría de las habilidades sociales.....	69
Anexo 04: Consentimiento informado.....	71

## **INDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1:</b> Factores demográficos de las adolescentes.....	46
<b>Tabla 2:</b> Nivel de Habilidades Sociales.....	47
<b>Tabla 3:</b> Nivel de asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones.....	48
<b>Tabla 4:</b> Embarazo y habilidades sociales en adolescentes según dimensión.....	49
<b>Tabla 5:</b> Embarazo y habilidades sociales.....	50

**GLOSARIO DE ABREVIATURAS:**

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática.

**ENDES:** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

**SEAS:** sociedad española para el estudio de la ansiedad y estrés.

**HS:** habilidades sociales.

**CA:** conducta asertiva.

## **RESUMEN**

Esta investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre embarazo y nivel de habilidades sociales en adolescentes que asisten al Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca, 2024. Tuvo un enfoque cuantitativo, relacional, de tipo prospectivo, corte transversal y diseño no experimental. La población estuvo constituida de 105 adolescentes, y la muestra por 86 adolescentes. Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de encuesta y el instrumento aplicado fue el Test de Habilidades Sociales del MINSA. Resultados: por dimensión se obtuvo que predominó en asertividad el nivel alto con un 35%, en comunicación el nivel promedio con un 22%, en autoestima el nivel promedio bajo con un 24%, en toma de decisiones el nivel promedio alto con un 23%. Al realizar la prueba estadística se halló relación con la dimensión asertividad, autoestima y toma de decisiones. Conclusión: existe relación estadística entre embarazo y habilidades sociales en adolescentes que asisten al Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca, 2024, según la prueba estadística de Chi-cuadrado=18.422 con un  $p=0.002$ .

**Palabras clave:** Habilidades sociales, embarazo adolescente, adolescente.

## **ABSTRACT**

The general objective was to determine the relationship between pregnancy and level of social skills in adolescents who attend the II-E Simón Bolívar Hospital. Cajamarca, 2024. The research had a quantitative, relational, prospective approach, with a cross-sectional and non-experimental design. The population constitutes 105 adolescents, and the sample was constituted by 86 adolescents. In data collection, the survey technique was used and the instrument used was the MINSA Social Skills Test. Results: by dimension, it was found that the high level predominated in assertiveness with 35%, in communication the average level with 22%, in self-esteem the low average level with 24%, in decision making the high average level with 23%. %. When performing the statistical test, a relationship was found with the dimension assertiveness, self-esteem and decision making. Conclusion: there is a statistical relationship between pregnancy and social skills in adolescents who attend the Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca, 2024, according to the statistical test of Chi-square=18.422 with  $p=0.002$ .

**Keywords:** Social skills, teenage pregnancy, adolescent.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente se da en todo el mundo y las estadísticas alcanzan a la actualidad 21 millones de embarazos al año; por otro lado existe una serie de complicaciones en la madre adolescente como mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas y también complicaciones en su bebe como bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave, todo estos aspectos expuestos constituyen un problema de salud pública.

Además la adolescencia es una etapa crucial para el desarrollo individual y social en el que los adolescentes dan frente a diferentes situaciones que abarcan sus habilidades sociales como asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones. Uno de los desafíos más sobresalientes para el adolescente es la aceptación social, donde es importante conocer el papel de estas habilidades sociales, siendo imprescindible aclarar las líneas de acción de los programas de ayuda con adolescentes socialmente débiles.

Los colegios y establecimientos de salud representan probablemente el entorno más importante en el que los adolescentes desarrollan sus habilidades sociales de asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones; para así empezar a mantener relaciones interpersonales y la aceptación de sus amigos. La capacidad de relacionarse con éxito con los amigos y adultos importantes es uno de los aspectos sobresalientes en el desarrollo del adolescente.

En tal sentido, la presente investigación se planteó el problema de investigación: ¿Existe relación entre el embarazo y las habilidades sociales en adolescentes que asisten al Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca 2024?, se propuso como objetivo determinar la relación entre embarazo y nivel de habilidades sociales en adolescentes que asisten al Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca, 2024.

La investigación consta de los siguientes capítulos:

**CAPÍTULO I:** El problema, en el cual se expone y fundamenta el problema de investigación y se formula el problema de estudio, además se establece los objetivos y se justifica la investigación.

**CAPÍTULO II:** Marco Teórico, en el cual se muestran los antecedentes relacionados a las variables, las bases que fundamentan la investigación y la operacionalización de las variables.

CAPÍTULO III: Diseño de investigación, se presenta el diseño y tipo de estudio, la población y muestra, se identifica la unidad de análisis, los criterios de inclusión y exclusión, también se describe el procedimiento de relación de datos, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y detalles sobre el procesamiento, finalmente se desarrolla las consideraciones éticas que se han tenido al realizar la investigación.

CAPÍTULO IV: Interpretación de resultados, donde se muestran los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

CAPITULO V: Análisis y discusión de resultados, donde se realiza un análisis de los resultados encontrados frente a los resultados obtenidos por otros autores, además, del análisis teórico y el aporte de la presente investigación.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. Definición y delimitación del problema

El embarazo adolescente sigue siendo un tema que necesita de mayor enseñanza y apoyo para animar a las adolescentes a aplazar el embarazo hasta que estén listas ya que un informe publicado en abril del 2024 por la OMS (Organización Mundial de la Salud) indica que en el año 2019, se aprecia que 21 millones de adolescentes de 15 a 19 años de edad quedaron embarazadas. A nivel mundial, la tasa de nacimientos en la adolescencia ha bajado de 64,5 nacimientos por cada 1000 para el año 2000 a 41,3 nacimientos por cada 1000 mujeres para el año 2023. Sin embargo, los cambios han sido diferente por regiones del mundo, la disminución más notoria es en Asia Meridional y más despacio es en ALC (América Latina y el Caribe) y África Subsahariana. Aunque se han producido disminuciones en todas las regiones, África Subsahariana y América Latina y el Caribe siguen teniendo las tasas más altas a nivel mundial, con 97,9 y 51,4 nacimientos por cada 1000 mujeres, respectivamente, en 2023 (1).

Es más también para el 2020 la OPS (Organización Panamericana de la Salud) publicó que la tasa de fecundidad específica (TFE) en adolescentes de 15 a 19 años disminuyó de 65,6 en los años 2010- 2015 a 60,7 en los años 2015-2020. También el número estimado de embarazos no planeados en niñas de entre 15 y 19 años en ALC en el 2019 fue de 2.115.000 (2).

En relación a las habilidades sociales como asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones en adolescentes a nivel mundial, una investigación realizada por la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) señala que hay un declive en el desarrollo debido a que el tiempo para relacionarse de manera personal se ha minimizado (3). En el caso de la investigación realizada por la Universidad de Granada señala que en España cuando las adolescentes aprenden habilidades sociales tienen más posibilidades de llevar una vida laboral buena, la cual ayuda al desarrollo social. En Colombia las adolescentes tienen notas altas en sus calificaciones, por el contrario tienen pobre desarrollo de habilidades. En Guatemala las adolescentes están dentro de un rango deficiente en las habilidades sociales. En Quito – Ecuador la mayoría de los adolescentes presenta un nivel medio de habilidades sociales, seguidos por un grupo de proporción similar que presenta un nivel bajo (4, 5).

En el Perú, el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) en su informe del 2023 señala que en el año 2022, del total de nacidos vivos registrados mediante el Sistema de Registro del Certificado en Línea, el 10,5% fue de madres que tenían entre 15 y 19 años de edad en el momento del alumbramiento del último nacido vivo; comparando con el año 2021, se observó un ascenso de 0,1 punto porcentual (6), y en su estudio “Perú: Estado de la Población en el año del Bicentenario, 2021”, señala que entre los años 1991 y 2020, el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años estuvieron alguna vez embarazadas, además descendió 3,1 puntos porcentuales, pasando de 11,4% a 8,3% (7).

En otro informe del 2021 del INEI el cual realizó la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020, de las adolescentes de 15 a 19 años, el 8,2% estuvieron alguna vez embarazadas, de ellas el 6,5% ya eran mamás y el 1,7% iban a ser madres por primera vez (8).

También el informe del 2023 de la Mesa de Concertación de la Lucha contra la Pobreza señala que en el Perú, el embarazo y la maternidad de adolescentes de 15 a 19 años aumentó, de 8.3% en el 2020 a 8.9% en el 2021 y a 9.2% en el 2022 (9).

Concerniente a las habilidades sociales como asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones de los adolescentes en el Perú, investigaciones señalan que hay habilidades más desarrolladas que otras y necesitan atención de parte del sistema de salud. Una investigación realizada por la Universidad Cayetano Heredia señala que la mayoría de las adolescentes tienen escasas habilidades sociales, entonces esto hace que sus conductas sean no favorables en su entorno, por ello tienen dificultad en seguir normas, ocasionando malestar en la convivencia, pero cuando se les aplica programas educativos relacionados con el tema sus habilidades mejoran. Otra investigación realizada por la Revista de Estudios Psicológicos señala que en Lima se demuestra que la mayoría de los adolescentes presentan un nivel medio a bajo de habilidades sociales, en Puno el 30% de los adolescentes presentaron una categoría promedio en habilidades sociales. (10,4)

En Cajamarca el INEI, en su informe del 2023 señala que en el periodo 2021- 2022 aumento 0,2 puntos porcentual, siendo en el año 2021 (14,5%) y para el 2022 (14,7%) ubicándose en el sexto lugar a nivel nacional. Además en su estudio “Perú: Estado de la Población en el año del Bicentenario, 2021”, señala que para el 2020 Cajamarca tiene un 15,5% de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas, ubicándose en segundo lugar a nivel nacional (6, 7).

Otro informe del 2023 de la Mesa de Concertación de la Lucha contra la Pobreza señala que para el 2021-2022, Cajamarca tenía un porcentaje de 15.2% de adolescentes embarazadas entre los 15 a 19 años, ubicándose en el quinto lugar a nivel nacional (9).

Con respecto a las habilidades sociales como asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones en Cajamarca la investigación realizada por Rabanal da como resultado que el 27.2% de las adolescentes tiene un nivel promedio de habilidades sociales. No se ha encontrado más investigaciones con respecto al tema en Cajamarca.

## **1.2. Formulación del problema:**

¿Existe relación entre el embarazo y las habilidades sociales en adolescentes que asisten al Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca 2024?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general:**

Determinar la relación entre embarazo y nivel de habilidades sociales en adolescentes que asisten al Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca, 2024.

### **1.3.2. Objetivo específico:**

- Identificar factores demográficos de las adolescentes.
- Identificar el nivel de las habilidades sociales.
- Determinar el nivel de habilidades sociales según dimensiones.
- Establecer la relación entre nivel de habilidades sociales según dimensiones y embarazo en adolescentes.

#### **1.4. Justificación de la investigación:**

Las habilidades sociales son fundamentales, la forma en la que uno se maneja en la sociedad y sus relaciones interpersonales dependen parcialmente en el éxito o fracaso del individuo. La constitución de la sociedad y el desarrollo en la misma es cada día más complicado, por ello hay la necesidad que los individuos sepan distinguir correctamente sus acciones propias y las sociales, manejando sus emociones, transformando y orientando estas de manera positiva, para una correcta expresión de los sentimientos que nos conlleven a una mejor toma de decisiones, proyectándose a alcanzar las metas en la vida. La adolescencia es la mejor etapa para impulsar cambios y provocar nuevos modelos, esto puede ayudar en un cambio en el perfil epidemiológico del Perú, siendo así una nueva y distinta estrategia para la construcción del futuro, ya que la salud de los adolescentes no solo implica la curación de enfermedades sino va más allá; también engloba el desarrollo de sus habilidades, talentos y competencias, siendo un aporte al futuro de nuestro país. Además investigaciones señalan que existe una relación entre habilidades sociales como asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones con el embarazo adolescente, ya que éstas juegan un papel importante en la prevención del mismo

Por ende potenciando y generando habilidades sociales en los adolescentes se conseguirá un cambio, además de comprometer no solo a las familias sino también a la sociedad, entidades de salud y gobiernos en la elaboración, planeación y ejecución de políticas públicas relacionadas en la educación de habilidades sociales logrando así adolescentes saludables. Debido a ello es que se presenta este estudio, el cual tiene como objetivo determinar la relación entre embarazo y habilidades sociales en adolescentes que asisten al Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca, 2024.

Los resultados obtenidos ayudarán al personal de salud a evaluar y establecer estrategias más eficaces para la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes frente al embarazo, mediante el fortalecimiento de sus habilidades sociales como la asertividad, autoestima, comunicación y toma de decisiones. Además a las Instituciones Educativas para que cuente con personal para aplicar los programas educativos sobre el fortalecimiento de las habilidades sociales de sus estudiantes.

Así mismo este trabajo podrá ser utilizado en investigaciones futuras sobre la salud sexual y reproductiva con una visión al embarazo adolescente, también ayudará a las instituciones como MINSA, DIRESA, RIS a proponer nuevas estrategias en la atención del adolescente.

Los beneficiados son los adolescentes, quienes podrán ser atendidos en un establecimiento de salud que esté preparado para dar atención adecuada y oportuna; y así mejorar su salud.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes:

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales:

**Soriano A. (Salvador, 2019).** Esta investigación tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la prevención de embarazos en adolescentes participantes del programa educativo Concepción Quezaltepeque, Chalatenango, de febrero a septiembre de 2019. Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, su muestra fue de 152 adolescentes de 13 a 19 años. Obteniendo como resultados: edad 16 años (30%), el 54% fue de sexo femenino, 46% masculino, el 97% estudiaba. El 49% tuvo conocimientos altos acerca de prevención de embarazos, el 50 % tuvo actitudes favorables sobre la prevención del embarazo en la adolescencia y el 78.3 % no presentan prácticas de riesgo para embarazos en la adolescencia. Llegaron a la conclusión que con la ejecución del programa educativo sobre prevención de embarazos en la adolescencia, de acuerdo a los resultados obtenidos el 49% de los participantes poseen conocimientos, actitudes y prácticas favorables, por lo cual tomarán decisiones responsables y probablemente no se embaracen en edades tempranas (11).

**Estupiñan A. Pabón A. (Colombia, 2018).** Esta investigación tiene como objetivo evaluar el efecto de las intervenciones en habilidades para la vida en la prevención de embarazo en adolescentes. Realizaron un estudio de tipo sistemático relacional, del cual tuvo una muestra de 4562 artículos. En los resultados evidenciaron que 16 millones son adolescentes embarazadas con edades de 15 y 19 años, un millón de estos adolescentes tuvieron partos y son menores de 15 años, así mismo, el mayor acontecimiento ocurrió en países bajos y medios. Por lo tanto los autores llegaron a la conclusión que a pesar del gran alcance que tienen estas intervenciones dentro de las habilidades aún hay un incremento de cifras de embarazos adolescentes (12).

##### 2.1.2. Antecedentes nacionales:

**Janampa E. Saciga O. (Huánuco, 2023).** La presente investigación tuvo como objetivo relacionar las habilidades sociales y las actitudes preventivas frente al embarazo adolescente en los estudiantes del 5to de secundaria del colegio César Vallejo. Fue cuantitativo, nivel descriptivo correlacional, prospectivo, con corte transversal y diseño no experimental. En los resultados se obtuvo que el 34 % de los

estudiantes del 5to año de secundaria muestran un grado de asertividad muy alto respecto al embarazo adolescente; el 52 % tiene una comunicación en un promedio muy alto frente al embarazo adolescente; el 40% de los adolescentes tienen una autoestima muy alta frente al embarazo adolescente; el 33 % de los adolescentes evidencia un promedio muy alto en cuanto a la toma de decisiones frente al embarazo adolescente. Llegan a la conclusión si se evidencia una relación significativa entre las habilidades sociales y actitudes preventivas frente al embarazo adolescente en los estudiantes del 5to de secundaria del colegio César Vallejo (13).

**Inga E. (Lima, 2021).** La presente investigación tuvo como objetivo determinar la correlación entre el nivel de habilidades sociales y las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de una institución educativa pública del Callao. Fue cuantitativo de corte trasversal y diseño correlacional, la población fue de 67 adolescentes de 12 a 17 años. Resultados: el nivel de habilidades sociales por dimensiones fueron un nivel alto de asertividad, un nivel promedio de autoestima y toma de decisiones y un nivel promedio bajo en la comunicación, en cuanto a las conductas de riesgo más se presentó la de tipo sexual. Entonces se concluyó que existe una correlación entre las variables de estudio, a medida que aumente el nivel de habilidades sociales las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes se reducirán o no existirán (14).

**Alfaro S. Amaya K. (Trujillo, 2020).** En la presente investigación su objetivo fue estudiar la relación entre habilidades sociales y riesgo de embarazo en los adolescentes de la institución educativa nuestra señora de Guadalupe. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, con un diseño metodológico correlacional de corte trasversal. Se obtuvo como resultados respecto a las habilidades sociales, en asertividad el 51.7% tiene un nivel alto; en comunicación el 58.6% tiene nivel alto; en autoestima el 52.4% tiene nivel alto y en toma de decisiones el 40.7% tiene nivel alto. En cuanto a riesgo de embarazo, el 62.1% tienen un nivel de riesgo de embarazo bajo, seguido de 25.5% su nivel es alto y finalmente un 12.4% su nivel es sin riesgo. Llegaron a la conclusión de que existe relación no significativa entre la dimensión asertividad y el riesgo de embarazo, sin embargo se muestra que no hay relación entre las demás habilidades sociales, las dimensiones de comunicación, autoestima y toma de decisiones con el riesgo de embarazo (15).

**Cacho Z. Silva M. (Trujillo, 2019).** El presente estudio tuvo como objetivo proponer un taller de habilidades sociales como vía de prevención y disminución de conductas de riesgo en estudiantes en una institución educativa peruana. La investigación fue cuasi-experimental; la población estaba conformada por alumnos de 1º a 5º de

secundaria. Obtuvieron como resultado que al iniciar el estudio se evidencia que los adolescentes tienen habilidades sociales en nivel medio y bajo, con conductas de riesgo medio; después de realizar el taller tutorial hubo un cambio tanto en habilidades sociales y conductas de riesgo. Llegaron a la conclusión que el nivel de habilidades sociales si influye en las conductas de riesgo entre ellas el embarazo adolescente (16).

### **2.1.3. Antecedentes locales:**

**Rabanal C. (Cajamarca, 2021).** La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de habilidades sociales y el embarazo adolescente. La investigación fue no experimental, cualitativo, correlacional, de corte transversal. Los resultados fueron que del total de encuestadas, el 72% tenía entre 16 a 17 años de edad, el 55.4% proceden del área rural, el 100% es soltera y el 69.6% se dedica solo a estudiar; el 27.2% de las adolescentes tiene un nivel promedio de habilidades sociales y la prevalencia de embarazo adolescente fue del 5%, además la prueba de Chi cuadrado arroja una significancia menor a 0.05 para las relación entre las habilidades sociales con la incidencia del embarazo adolescente en la población de estudio, llegando a la conclusión de que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio en las adolescentes (17).

## **2.2. Marco Conceptual:**

### **2.2.1. Habilidades sociales (HS):**

El MINSA señala que las habilidades sociales ayudan a los adolescentes a conseguir competencias útiles que contribuyan a un mejor desenvolvimiento y así ser capaces de enfrentar los retos de la vida, también permiten promover la competitividad que necesitan para lograr un cambio adecuado en su madurez. Estas habilidades actúan sobre los determinantes de la salud en los estilos de vida: consumo de alcohol, drogas, conductas violentas, relaciones sexuales precoces, embarazo adolescentes, etc. (18)

Según Blanco (1983) es “la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás” (19).

Según Unicef “Son aquellas destrezas que nos llevan a resolver problemas, a comunicarnos efectivamente y poder expresar nuestros sentimientos, pensamientos y acciones de forma acertada, para poder garantizarnos relaciones estables y duraderas” (20).

Según SEAS (2014) “Conjunto de capacidades y destrezas interpersonales que nos permiten relacionarnos con otras personas de forma adecuada, siendo capaces de expresar nuestros sentimientos, opiniones, deseos o necesidades en diferentes contextos o situaciones, sin experimentar tensión, ansiedad u otras emociones negativas (21).

#### **2.2.1.1. Habilidades sociales en adolescentes:**

La adolescencia es un momento adecuado para el aprendizaje y práctica de las habilidades sociales, ya que se ha comprobado la importancia de estas capacidades en funcionamiento psicológico, académico y social (21).

Zavala Berbena, Valadez Sierra y Vargas Vivero (2008) señalan que la adolescencia es una etapa crítica para el hallazgo y práctica de habilidades sociales. Por una parte, los adolescentes han tenido que poner de lado los comportamientos sociales de su niñez y ahora adquieren comportamientos más críticos y desafiantes en relación a lo que señala la sociedad, a eso se agrega que los adultos les piden comportamientos sociales más producidos. Además las habilidades sociales juegan un papel muy importante para la aceptación social del adolescente, la cual se relaciona con las habilidades de liderazgo, popularidad, compañerismo, respeto, entre otras (21).

Silva Moreno y Martorell Pallás (2001) estiman que la conducta de los adolescentes en la sociedad tiene varias dimensiones: ser considerado con los demás, tener autocontrol, el alejamiento social, la timidez y el liderazgo. Las relaciones sociales y liderazgo favorecen la conducta social; a diferencia de la presencia de retraimiento y ansiedad social que retraen la capacidad del adolescente para establecer contactos sociales (21).

#### **2.2.1.2. Categorías de las habilidades sociales según el MINSA:**

- a. Categoría Bajo y Muy Bajo: considerados como adolescentes con falta de habilidades sociales lo cual se los considera en riesgo. En estos adolescentes es muy bajo su reforzamiento social positivo, son tímidos, es difícil expresar sus sentimientos, se comportan mal, padecen aislamiento social, rechazo y baja autoestima. Además tienen dificultades para relacionarse y comunicarse con los demás (18).
- b. Categoría Promedio Bajo: adolescentes con habilidades sociales muy básicas que necesitan de un mayor incremento y reforzamiento. No son capaces de expresar opiniones que les ayude a desarrollarse positivamente en su entorno social (18).

- c. Categoría Promedio: adolescentes que están fuera de riesgo, pero necesitan consolidar y aumentar sus habilidades sociales, difícilmente se sentirán satisfechos, se sentirán incapaces de conseguir aquellos objetivos que los ayudarán a estar a gusto con ellos mismos, inseguridad ante situaciones cotidianas y en las relaciones interpersonales (18).
- d. Categoría Promedio Alto: son adecuadas habilidades sociales. Los adolescentes buscan iniciar y mantener una interacción social positiva con su entorno, la cual les da la oportunidad de aprender y efectuar habilidades sociales que puedan influir de forma crítica en su posterior adaptación social y psicológica (18).
- e. Categoría Alto y Muy Alto: son competentes socialmente, buscan alcanzar sus propias metas; pero teniendo en cuenta los intereses de los demás y cuando están en problemas tratan de encontrar soluciones que beneficien a ambos (18).

#### **A. Asertividad**

Un grupo de psicólogos y educadores (Alberti y otros, 1977) definen asertividad como: grupo de conductas, manifestadas por alguien en un entorno interpersonal, el cual manifiesta sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una manera directa, firme y honesta, al mismo tiempo respetando a la otra persona. Además esta conducta puede incluir la manifestación de emociones como ira, miedo, alegría, desesperación, indignación, pero sin dañar a otros (22).

Otras definiciones reiteran principalmente que la efectividad de la asertividad se basa en el alcance de objetivos propuestos. Algunos autores (Alberti y Emmons, 1978), señalan que lograr el objetivo externo no es primordial, mientras la persona se expresa sabiamente, otros autores (Eisler y Frederiksen, 1980) consideran importante el alcance del objetivo. (Rich y Schroeder, 1976) señalan que el nivel de asertividad puede verse por la certeza de las respuestas de una persona en producir, mantener o mejorar el reforzamiento y más aún en una situación donde sea difícil generar reforzamiento. La idea de una respuesta a veces no se puede entender bien con una respuesta agresiva ya que la diferencia entre las dos puede ser que, aunque las dos consiguen sus objetivos, la respuesta agresiva no respeta a los demás. Por otro lado, la autoexpresión adecuada es reforzante en sí misma, incluso si no se logre la meta. No es tan importante el logro del objetivo para que una conducta sea catalogada como asertiva. Sin embargo puede haber un fracaso recurrente en conseguir el objetivo y esto haga sospechar de la efectividad de la CA y de si realmente ese comportamiento

es asertivo. Entonces una prudente definición del comportamiento asertivo sería: la conducta asertiva es aquella conducta que expresa los sentimientos y pensamientos de un individuo de una manera honesta sin herir los de los demás, y que normalmente alcanza su objetivo (22).

Dimensiones de la conducta asertiva: Las cuatro dimensiones propuestas por Lazarus (1973) son (22):

- Poder decir NO.
- Solicitar favores o realizar peticiones.
- Expresar sentimientos.
- Iniciar, seguir y concluir conversaciones.

Estas cuatro dimensiones parecen ser libres unas de otras, de tal manera que el entrenamiento de una de ellas no influye en las otras; además la conducta de una persona puede tener una o varias de estas dimensiones de forma correcta, siendo deficiente en las otras dimensiones restantes. Se considera esta clasificación de la conducta asertiva como la más práctica en el momento del entrenamiento asertivo (22).

Liberman y cols. (1977) registran las siguientes dimensiones de la CA:

- Conductas no verbales discretas, como el contacto ocular, la expresión facial, la rapidez del habla, la latencia de la respuesta, volumen y tono de voz, la duración de la respuesta, la fluidez de la conversación, los gestos y la postura (22).
- En una conversación, como pedir algo a otra persona, alabar, agradecer o hacer cumplidos a otras personas, decir no a una petición irrazonable, sufrir una entrevista de trabajo, reaccionar apropiadamente a la crítica, y manejar otros encuentros afectivos e instrumentales diarios (22).
- Reciprocidad en la comunicación, como el dar reforzamiento al otro al mantener una conversación, iniciar conversaciones, terminar conversaciones, y regular la entrada o salida de grupos sociales (22).

Lorr y cols. (1979; 1980; 1981) han encontrado cuatro dimensiones. Aunque indican que puede haber más, parece que estos cuatro son básicos (22):

- Asertividad social: Talento para iniciar, continuar o concluir sus interacciones sociales de manera fácil y cómoda, en diversos momentos con cualquier persona.
- Defensa de los derechos: defiende sus derechos y se niega a pedidos poco razonables.

- Independencia: resiste la presión individual o de grupo.
- Liderazgo: aceptación de responsabilidades que exijan acción e iniciativa.

Lorr, More y Mansueto (1981) indican que cada dimensión de respuesta puede decirse que es duradera para comportarse de maneras específicas en algunas situaciones de estímulo comunes. Además, parece ser que estas cuatro dimensiones forman una jerarquía, siendo el orden de adquisición: asertividad social, defensa de los derechos, independencia y liderazgo (22).

Como se ve no existe unas dimensiones de la asertividad universalmente aceptadas, aunque la mayoría giran en torno a las propuestas por Lazarus (1973). Finalmente se dijo que la CA no es una característica, y que una persona se desenvuelve asertivamente o no independientemente de las situaciones. Galassi y Galassi (1978) indican que para examinar si una conducta es asertiva o no siempre debemos considerar tres aspectos: conductual, personal y situacional. El conductual abarca las conductas que realiza la persona. El personal incluye a las personas a quienes van las conductas. En el situacional abarca las situaciones en que se darán las conductas, como: privado o público. Entonces al evaluar una conducta para clasificarla como asertiva o no asertiva tendríamos que considerar una combinación de los tres aspectos, de modo que la asertividad o no asertividad de la conducta de un sujeto pueda ser especificada situacionalmente al máximo (22).

Características del individuo que actúa asertivamente:

Normalmente se defiende correctamente en sus relaciones interpersonales. Está contento de su vida en la sociedad y confía en sí mismo para hacer ajustes cuando lo necesite. Es elocuente, natural, seguro, y es capaz de influir y dirigir a los demás (Galassi y cols., 1974). Básicamente para ser asertivo se debe tener en cuenta a sí mismo y también a su entorno. El verse a uno mismo implica “mirar dentro” para entender lo que uno quiere y luego ver lo que los demás quieren y esperan de nosotros en una situación. Adicional a esto, está la capacidad de saber las posibles consecuencias de una conducta particular en un lugar determinado, y asumir la responsabilidad por esa consecuencia si escogemos actuar (Shoemaker y Satterfield, 1977) (22).

Salter (1949) señala que la persona asertiva solo actúa, es directa. Cuando está en un problema de inmediato busca una solución adecuada. Le agrada las personas sinceras, pero no le interesa lo que piensen. Se describe a sí mismo de manera no afectada. Decide rápido y le agrada la responsabilidad, no tiene ansiedad. Es realmente feliz. (22).

Quien es asertivo se hace cargo de sí mismo en las relaciones interpersonales, se siente que siempre puede, sin engreimiento, es espontáneo al expresar sentimientos y emociones, y es considerado (Alberti y Emmons, 1978). Esto está en desacuerdo con lo que decía Salter (1949) de la persona asertiva, a la que considera que es subestimado por la no asertiva, para este autor los criterios de la asertividad son la honestidad de la respuesta y el contenido de ella (22).

La asertividad tiende a ser auto reforzadora (Alberti y Emmons, 1978). Se considera que tener asertividad alta beneficia a la persona: se piensa que al tener una CA la persona mayormente se sentirá bien, además será más capaz de tener recompensas sociales y así una vida satisfecha (Rimm y Masters, 1974). Como consecuencias de mucha asertividad son tener los sentimientos de bienestar aumentados. Por otro lado tener CA dirige a un rechazo a las conductas contraria: agresividad y (Shoemaker y Satterfield, 1977). Lazarus (1971) cree que al tener una CA disminuye la ansiedad, relaciones más significativas, un auto respeto, y la adaptación en la sociedad. Para Jakubowski (1977) quien es sano emocionalmente no se ven como víctimas sin protección de lo que sucede en la vida o de lo que piden los demás. Al contrario, se sienten responsables de sí mismas porque piensan que pueden entregarse a la conducta directa que afectará a los demás de forma constructiva (22).

#### Asertividad en la adolescencia

Vera (2000) señala que es muy bueno que un adolescente tenga un repertorio de CA para dirigir las diferencias que puede tener con otras personas, ya que en la etapa de adolescencia no ser asertivo puede tener consecuencias como: baja autoestima, rendimiento escolar bajo, consumo de drogas, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, embarazos no deseados, etc. Estas formas de conducta hacen en los adolescentes que a veces sean ineficaces para la vida social provocando molestia. Sin embargo, estas conductas inadecuadas pueden eliminarse y sustituirse por la asertiva, la cual puede irse aprendiendo con más práctica (23).

#### Categorías de la asertividad según el MINSA

- a. Categoría Bajo y Muy Bajo: Son considerados como adolescentes con falta de asertividad lo cual les puede situar como adolescentes en riesgo. (18).
- b. Categoría Promedio Bajo: asertividad muy básica, necesitan mejorar esta competencia. Así mismo no son capaces de manifestar acuerdos,

desacuerdos u opiniones que les permita desarrollarse positivamente en su entorno social (18).

- c. Categoría Promedio: son los adolescentes que están fuera de riesgo, pero requieren consolidar e incrementar su asertividad (18).
- d. Categoría Promedio Alto: esta categoría corresponden a adecuada asertividad. Los adolescentes suelen defenderse correctamente en sus relaciones interpersonales (18).
- e. Categoría Alto y Muy Alto: Los adolescentes que se ubiquen en estas categorías serán considerados competentes socialmente (18).

## **B. Comunicación (CM)**

La comunicación es un vínculo en el que participan dos o más personas. Está conformada por estos componentes: Los individuos integrantes, contenido de la comunicación, contexto (24).

La comunicación tal vez sea una de las funciones psicológicas más notoria del ser humano. Éste comunica sus ideas, sus intenciones, sus deseos, sus afectos, sus actitudes, instrucciones, incluso antes de desarrollar el lenguaje (25).

Además la comunicación aparece claramente cuando analizamos el ángulo social o cognoscitivo de la persona. Tal como declara Flavell (1981), los conceptos de audiencia y mensaje son oportunos para la explicación de la gran mayoría de consignas y dificultades sociales y no sociales, que la persona enfrenta en su vida diaria. La comunicación puede tener el concepto de: fase instrumental y fase constitutiva de la misma existencia y realidad de la persona; el cual tiene un fundamento biológico y al mismo tiempo sociocultural, que se lleva a cabo entre individuos. O, quizás, como dicen Watzlawick, Beavin y Jackson para el ser humano lo difícil es no comunicar (25).

Tipos de comunicación:

Comunicación verbal: Tiene como principal vehículo el lenguaje oral o escrito, el cual tiene como objetivo comunicar lo que uno piensa, pero muchas veces puede esconderlo. Las palabras constan de varios matices adicionales tanto para la persona emisora como para la receptora, que pertenecen a sus experiencias, sentimientos, intereses, y si no son compartidos es difícil el entendimiento (24, 26).

Comunicación no verbal: se vale lo no lingüísticos: ademanes, imagen externa, posturas, volumen de voz, miradas. La mayoría de investigadores concuerdan en

afirmar que el canal verbal se usa sobre todo para transmitir información y el canal no verbal expresa las actitudes y sentimientos de la persona (24, 26).

Estilos de la comunicación:

Estilo pasivo: La persona no se expresa a sí mismo. Deja que los demás le señalen lo que tiene que hacer y, mayormente, no cuidan sus derechos. Entonces, sus necesidades, opiniones o sentimientos son ignorados, y puede que otras personas se aprovechen (24).

Verbalmente: Se disculpa continuamente; da indirectas; habla sin ser directa; no usa palabras correctas; no habla lo que realmente quiere; habla demasiado para clarificar su comunicación; no habla por miedo; se humilla. Voz: está débil, temblorosa; bajo volumen; mirada: mayormente evita el contacto visual; ojos caídos y llorosos; postura: esta agachada; mueve la cabeza en forma afirmativa continuamente; manos: están temblorosas y sudorosas (24).

Estilo agresivo: Normalmente son mandones, atemorizan a los otros, los critican y los humillan. Su única preocupación es obtener lo que quieren y cuando lo desean. Muy pocas veces se preocupan por lo que los demás sienten y, constantemente se meten en problemas. Procuran aprovecharse injustamente de los demás, mayormente, tienen escasos amigos verdaderos (24).

Conducta general: quieren demostrar que son superiores. Verbalmente: es exigente; utiliza palabras fuertes. Quiere imponer su opinión; su comunicación es a base de obligaciones; se refiere a los demás como "TÚ"; habla demasiado para que no lo desengañen y llamar la atención de los demás. Se sobrevalora; solo habla de sí mismo. Voz: es fuerte; frecuentemente grita; tiene voz fría y autoritaria; mirada: es sin expresión; fija, penetrante y orgullosa; postura: es rígida; desafiante y soberbia; manos: con frecuencia usa el dedo acusatorio; realiza movimientos de rechazo o aprobatorios (24).

Estilo asertivo: dar a conocer lo que sientes y piensas sin ofender, pero expresándote. Además reconoce y respeta los sentimientos, opiniones y deseos de los demás de manera que no obligue a los demás, ni tampoco le permita a los demás a que aprovechen de uno mismo. También defiende sus derechos (24).

Conducta general: Normalmente actúa con naturalidad; sabe escuchar atentamente.

Verbalmente: Puede expresar lo que quiere; expresa sus sentimientos; habla objetivamente; usa mensajes "YO"; habla en el momento en que tiene algo que decir; habla bien de sí mismo cuando es conveniente; su comunicación es sin rodeos siempre es directa (24).

Comunicación en la adolescencia:

Los adolescentes no se caracterizan por sus habilidades en la comunicación, más aún con sus papás y otros adultos, empiezan a verlos como un dominio que los conduce a sentir provocación e intentan no obedecer las normas de su casa. Al ser una etapa crítica, en la que se deja de ser niño, pero tampoco es adulto, crea confusión y rebeldía en los adolescentes, quienes prefieren estar con personas de su misma edad para poder hablar, expresar como se sienten y compartir los cambios que les están pasando (27).

Asimismo mayormente los adolescentes atraviesan su etapa sin tener dificultades graves o que duren mucho tiempo, más bien es una fase de la vida de mayor sensibilidad hacia el riesgo (Arnett, 2008). El paso de esta etapa perjudica a toda la familia y toma mayor importancia el grado en que logren equilibrar las demandas y recursos disponibles (Laluzza & Crespo, 2003). Además la psicología ha deducido que como se llevan con los padres es un potente factor protector de conductas de riesgo. Se informa que los adolescentes que exteriorizan adecuadamente lo que piensan y sus expectativas con sus papás y otros adultos, toleran de manera eficaz la presión de los demás (Bandura, 1997). Se percibe que cuando los padres más animan a decir lo que necesitan y aspiran a sus hijos, aumenta la preferencia de ellos en recurrir a sus padres para tener guía y apoyo (Caprara, 1998). De igual manera, el comunicarse en la familia permite el formar un concepto positivo de uno mismo (Estévez, Mugui, Moreno, & Musti, 2007). Además se percibe que la relación con los papás contribuye como protección cuando hay conductas de riesgo en relación a la actividad sexual de los adolescentes. Igualmente (Álvarez, Andrade, & Pick, 1990; Meschke, Bartholomae & Zentall, 2002) señalan que tener una comunicación eficaz con los padres funciona como factor protector frente al embarazo (27).

Categorías de la comunicación según el MINSa:

- a. Categoría Bajo y Muy Bajo: Son considerados como adolescentes con falta de comunicación lo cual les puede situar como adolescentes en riesgo. (18).
- b. Categoría Promedio Bajo: son adolescentes con comunicación muy básica y que requieren de un mayor incremento y reforzamiento para una mejor competencia. (18).
- c. Categoría Promedio: son los adolescentes que están fuera de riesgo, pero requieren consolidar e incrementar su comunicación (18).

- d. Categoría Promedio Alto: esta categoría corresponden a adecuada comunicación. Puede expresar lo que quiere; expresa sus sentimientos; habla objetivamente (18).
- e. Categoría Alto y Muy Alto: Los adolescentes que se ubiquen en estas categorías serán considerados competentes socialmente (18).

### **C. Autoestima (AU):**

Fajardo (2001), al realizar un análisis, encontró seis factores que interactúan y se influyen mutuamente: (28)

- Autopercepción: Es la evaluación que uno mismo se hace.
- Conducta: se refiere a habilidades y competencias de la persona.
- Cognitivo: discernir la situación, evaluar al individuo con la situación.
- Contexto inmediato: poder de los demás en el individuo.
- Contexto Social: valores, modelos, normas y lo que creen el entorno de la persona.
- Los sentimientos y emociones que son resultado de la evaluación de uno mismo.

La gran mayoría de las definiciones de autoestima concuerdan en darle importancia al factor auto-evaluativo, a excepción de Branden. Debido a que el constructo autoestima es multidimensional, veamos a los autores que más factores toman en cuenta al describirla (28).

Bendar, Wells & Peterson, (1989), toman en cuenta 5 factores: autopercepción, conducta, cognitivo, contexto inmediato, sentimientos y emociones. Ellos definen autoestima como un atributo dinámico que puede cambiar o permanecer inmóvil dependiendo de las disposiciones cambiantes del individuo conforme va pasando su vida (28).

Coopersmith (1967) toma en cuenta 4 factores: autopercepción, conducta, cognitivo, y contexto inmediato. Este define la autoestima como la evaluación que la persona se hace a sí mismo y comúnmente la mantiene, además manifiesta una actitud de aprobación y desaprobación e indica la medida en que el mismo se cree capaz, significativo, exitoso y encomiable (28).

Características de las personas con Alta autoestima según Campos y Muños, 1992 (29):

- Comprenden lo que les sale bien y en que pueden mejorar.
- No tienen miedo de hablar con los demás.
- Pueden expresarse emocionalmente con los demás.

- Se hacen responsables individualmente en los sucesos de su vida, lo que comprende dar y pedir apoyo.
- Les encanta los retos y no les tienen miedo.
- Son considerados con los demás, tiene sentido de ayuda y están dispuestos a colaborar.
- Son originales, se inventan cosas y practican actividades nuevas.
- Son constantes en sus metas.
- Se organizan y ordenan para sus actividades.
- Preguntan si tienen dudas.
- Defienden respetuosamente lo que piensan ante los otros.
- Admiten cuando están equivocados.
- Saben cuáles con sus cualidades y defectos.
- Son responsables de lo que hacen.

Factores importantes en el desarrollo de la autoestima:

Resiliencia: capacidad que tiene la persona de crecer, madurar, ser una persona competente y sana a pesar de haber vivido en medio de situaciones desfavorables. Quiere decir por ejemplo: un joven puede tener una familia donde el padre o la madre son alcohólicos o ambos y no se practican valores asociados a la salud integral, sin embargo el hijo procesa ésta situación como algo que él no quiere vivir y se vuelve "resiliente" dentro de un medio desagradable (29).

Valores: forman parte del esqueleto del pensar, con estos cada uno distingue lo bueno y lo malo. Tener buenos valores ayuda a que tomen decisiones con orientación a experiencias y no a las presiones externas. Los valores también fortalecen el logro de metas. Por eso es necesaria la educación en valores ya que ayuda a reconocer y preguntarse los aspectos de la realidad diaria y de las normas sociales actuales. Edificar maneras de vida más justas en los ámbitos personales como en los colectivos. Realizar de manera independiente y razonable principios de valor que contribuyan a colocar opiniones críticas sobre la realidad. Incentivar a los adolescentes para que escojan una actitud coherente con los principios y las normas que personalmente han incorporado. Además los valores crean un compromiso profundo de la persona ante sí misma, ante su grupo y ante la sociedad (29).

Autoestima en la adolescencia:

El desarrollo de la autoestima inicia en la infancia, pero es en la adolescencia donde su desarrollo es más crítico. Esto se debe a la búsqueda de la identidad. La adecuada construcción de la autoestima hace adolescentes estables, sanos y con instrumentos adecuados para asumir los cambios propios de su etapa. Además es muy potente

para el ajuste psicológico y adaptación social por lo que es importante aumentar el bienestar que los adolescentes sienten con ella, la cual es una tarea que debe comprometerse la escuela, junto a la familia (30).

Así mismo Rodríguez Naranjo & Caño Gonzales (2012) han corroborado que la autoestima se debilita en esta etapa, como consecuencia de los cambios de la pubertad, los cognitivos y los del contexto escolar. Además (Morenos Gonzáles & Ortiz Viveros, 2009) señalan que la baja autoestima en los adolescentes es un factor de riesgo para que tengan problemas psicológicos y sociales como: los trastornos de alimentación, Bocanegra Abad (2017) añade otros más como: la preocupación exagerada por la imagen corporal, las ideaciones e intentos suicidas, sentimientos de inferioridad, depresión, aislamiento social, deserción escolar, situaciones de delincuencia, el refugio en las drogas, inicio de relaciones sexuales, entre otros (29).

En el estudio que realizaron Miller y Moore (1990) vieron que la influencia de la autoestima sobre el comienzo de las relaciones sexuales, depende del lugar normativo en el que están las adolescentes; por el contrario Cole (1997) halló que la asociación es opuesta a la que se dice la teoría, las investigaciones que revisó señalan que mientras el nivel de autoestima sube, la práctica de comportamientos sexuales inseguros baja. Otras investigaciones (Paul, Fitzjjhon, Herbison & Dickson, 2000; Spencer, Zimet, Alazma & Orr, 2002; Whitaker, Miller & Clark, 2000) señalan que la relación de la autoestima con la edad de inicio de relaciones sexuales es significativa, pero no es igual por si es hombre o mujer. Por eso Rosenberg (1965) señala que la autovaloración en los varones se centra en la competencia, mientras que en las damas se basa en mantener un vínculo con los demás. Vargas-Trujillo, Gambara y Botella (2006) mencionan que las normas y las expectativas culturales que el adolescente acepte y asuma son determinantes de la valoración que haga de sí mismo (31).

Por otro lado Reeder, Martín y Koniak (1995) señalan que el desarrollo psicosocial, regula la autoestima, la cual se relaciona con las necesidades emocionales satisfechas; entonces Hoffman, Paris y Hall (1997) establecen que las adolescentes que tienen pocas relaciones afectivas intentan sentirse valoradas mediante la maternidad (31).

Categorías de la autoestima según el MINSa:

- a. Categoría Bajo y Muy Bajo: Son considerados como adolescentes con baja autoestima lo cual les puede situar como adolescentes en riesgo. Normalmente son indecisos, se les hace difícil tomar decisiones, tienen miedo exagerado a equivocarse. Solo toman una decisión siempre y

cuando tienen seguridad en un 100 por ciento que obtendrán los resultados esperados (18).

- b. Categoría Promedio Bajo: son adolescentes con autoestima muy básica y que requieren de un mayor incremento y reforzamiento para una mejor competencia. (18).
- c. Categoría Promedio: son los adolescentes que están fuera de riesgo, pero requieren consolidar e incrementar su autoestima (18).
- d. Categoría Promedio Alto: esta categoría corresponden a adecuada autoestima. Se hacen responsables de sí mismas en las situaciones de la vida, lo que comprende dar y pedir apoyo (18).
- e. Categoría Alto y Muy Alto: Los adolescentes que se ubiquen en estas categorías serán considerados competentes socialmente. (18).

#### **D. Toma de decisiones:**

Cada persona afronta la solución de sus problemas de manera diferente, basada en su propia experiencia e historia. Hay modelos clásicos de cómo se toman las decisiones, además existe un esquema básico en resolución de problemas (D'Zurilla, Goldfried, 1971) que propone como realizarlo de forma efectiva y se ha integrado a la terapia cognitivo conductual con todos los méritos (32).

Definiciones clásicas de los procesos de toma de decisiones:

Hastie, (2001) propone varias definiciones que ayudan a tener claro el proceso de toma de decisiones, lo cual es una parte de la resolución de problemas (32):

- Decisiones: es una mezcla de sucesos y comportamientos.
- Resultado: es lo que puede suceder si se da un comportamiento.
- Consecuencias: son el resultado del actuar de la persona ya sea bueno o malo.
- Incertidumbre: son las inquietudes de la persona que toma las decisiones.
- Preferencias: conducta que demuestra la intención de elegir.
- Juicio: proyección de cómo van a reaccionar los demás.

De acuerdo a estos conceptos el proceso de toma de decisiones abarcaría descubrir un comportamiento adecuado para cada suceso en la que hay muchos acontecimientos inciertos. Se elige la situación y hay que ver lo que es importante y lo que y analizar cómo se relacionan. Cuando ya han determinado la situación, para que tomen decisiones es indispensable que se realice comportamientos alternativos, suponerlas para ver a largo plazo lo que puede pasar al final y calcular los resultados tomando en cuenta la incertidumbre por resultado y su valía. Así se puede ver las

consecuencias que podría tener cada acción. De acuerdo con las consecuencias se asocia a la situación la conducta más adecuada eligiéndola para ponerla en acción (32).

Modelo de toma de decisiones: D´Zurilla y Goldfried consideran:

Una dirección al conflicto que abarca lo que creen sobre el dominio que ejerce la persona en la solución de su conflicto. Al mismo tiempo tiene dos factores basados en la teoría de la autoeficacia de Bandura (1997) (32):

- La creencia en la autoeficacia en la solución de los problemas.
- Creer que los conflictos de la vida se pueden tener solución.

Hay muchos pasos que forman un proceso adecuado para la solución de conflictos y toma de decisiones.

La orientación al problema:

La orientación positiva al problema (32):

- Ve los conflictos como desafíos.
- Es positivo en que los conflictos se solucionan.
- Percibe que es capaz de hacer frente a los conflictos.
- Está disponible para buscar soluciones.

La orientación negativa al problema hace que vean los problemas como amenazas (32):

- Creen que no hay solución.
- Dudan de su habilidad para solucionarlos.
- Se frustran y estresan cuando hay un problema.

Toma de decisiones en la adolescencia:

En la adolescencia aparece un importante número de conductas de riesgo. Piaget e Inhelder (1975), señalan que se deben a la poca madurez en las habilidades de razonamiento, es decir, presentan mucha incapacidad en sus habilidades de pensamiento y en sus habilidades cognitivas, eso dificulta el estudio correcto de los sucesos siendo una consecuencia, para la toma de decisiones. Sin embargo, Steinberg (2009) da otra explicación donde se dice la dificultad de los adolescentes

para tomar decisiones no está exactamente en su inmadurez cognitiva, sino la inestabilidad entre el procesamiento emocional y racional de los sucesos. Este enfoque, llamado "Prototipo del Sistema Dual", señala que la poca madurez de las decisiones en los adolescentes es por el interactuar entre dos procedimientos neurales con diferentes estados de desarrollo: un sistema emocional, y un sistema cognitivo. El prototipo expone que en la adolescencia el sistema cognitivo no alcanzado su madurez, mientras que el sistema emocional sí; es por eso que en esta etapa aparecen conductas de riesgo grandes, ya que los impulsos dados por las partes internas del cerebro no se pueden parar por la región de la corteza pre frontal. Esta característica es un reto al momento de regularizar el comportamiento, ya que muchos de los impulsos de emociones no se topan con un muro que pare la magnitud emocional que motiva la conducta. Entonces la inmadurez del prototipo de control cognitivo dificulta la regulación correcta ante eventos que son riesgosos, esto hace que se sucedan sin tope los impulsos que vienen del sistema emocional (Best, Miller y Jones, 2009), investigaciones hechas por Peper, Koolschijn y Crone (2013) lo confirman, han hallado poca masa de la corteza orbitofrontal (COF) en los adolescentes hombres, a diferencia de las mujeres es un poquito más grande, por ello concluyen que este bajo tamaño de la COF aumenta la relación entre el nivel de testosterona y comportamiento de riesgo. Por otro lado, Peters y col. (2014) confirmaron que los circuitos frontoparietales tienen más activación después de que los adolescentes se enfrentan a consecuencias negativas por sus decisiones, en comparación con las consecuencias positivas (33).

En síntesis, el Modelo del Sistema Dual preserva la existencia de una capacidad reducida en la autorregulación de los adolescentes, no por un bajo nivel de raciocinio, sino como resultado de una insuficiente maduración de las regiones cerebrales responsables del control consciente del comportamiento (33).

Cierta investigación señala que los adolescentes tienen que tomar una decisión en cuanto a si tener o no un noviazgo, tener o no relaciones sexuales, colocarse o no un método anticonceptivo y quedar embarazada o no. Los adolescentes que son menores toman decisiones tomando en cuenta la opinión de alguien en cambio los adolescentes de 15 a 19 años, muestran más dificultades para ver el efecto de sus decisiones, para ver lo que les interesa a los demás y para tener control sobre algún suceso. Referente a cómo toman decisiones Langer y sus colaboradores (1993) señalan que algunos adolescentes lo hacen teniendo en cuenta sus intereses, creencias, actitudes y valores; otros de acuerdo a las expectativas de sus padres, y

otros en lo que piensa el grupo social. Entonces conforme avanza la adolescencia, las decisiones tienden a estar de acuerdo con la opinión del grupo de referencia, y sólo hasta el final de la adolescencia, los jóvenes comienzan a decidir con base en su criterio personal (34).

Blustein y Phillips (1990), por su parte, dicen que el tomar decisiones está relacionado con la manera como resuelven las tareas del desarrollo de la adolescencia apoyándose en lo que dicen Harren (1979) y Johnson (1978) que algunos adolescentes toman decisiones pensando bien usando tácticas planificadas hacia el futuro. Otros acuden a tácticas naturales apoyadas en la imaginación y lo que sienten en el momento. Otros permiten que personas importantes como padres, amigos y figuras de autoridad decidan por ellos (estilo dependiente); mientras que otros asumen su responsabilidad y analizan por sí solos la información sobresaliente para la toma de decisiones (34).

Vargas Trujillo y Barrera (2004) sugieren la necesidad de establecer en qué medida las decisiones sexuales pueden ser examinadas, en los adolescentes, como producto de un proceso racional y sistemático de deliberación. Sus investigaciones sugieren que las decisiones de los adolescentes son, en primer lugar, de carácter individual, en tanto que cada miembro de la pareja elige una acción determinada con el ánimo de promover sus propios fines; en segundo lugar, son inmediatas si se toman en cumplimiento de una regla de conducta no escrita en la que los instintos de los adolescentes se encargan de la elección. Siendo importante los conocimientos que han edificado los adolescentes con respecto a sí mismos y la sexualidad en general. Los modelos de la cognición social como la teoría de Bandura (2001) y la Teoría del comportamiento planeado señalan que estos conocimientos se conservan en la memoria y son activadas en el momento de tomar una decisión o de actuar (35,36).

Categorías de la autoestima según el MINSa:

- a. Categoría Bajo y Muy Bajo: Son considerados como adolescentes que toman decisiones bien, lo cual les puede situar como adolescentes en riesgo. (35, 18).
- b. Categoría Promedio Bajo: son adolescentes con la capacidad de tomar decisiones muy básicas y que requieren de un mayor incremento y reforzamiento para una mejor competencia. (35,18).

- c. Categoría Promedio: son los adolescentes que están fuera de riesgo, pero requieren consolidar e incrementar su capacidad en tomar buenas decisiones (35,18).
- d. Categoría Promedio Alto: esta categoría corresponden a adecuada capacidad para tomar decisiones. (35,18).
- e. Categoría Alto y Muy Alto: Los adolescentes que se ubiquen en estas categorías serán considerados competentes socialmente. (35, 18).

### **2.2.2. Adolescencia:**

La OMS lo conceptualiza como la etapa de progreso individual que se da luego de ser niño y antes de ser adulto, considerando una edad de 10 a 19 años. Por otro lado MINSA determina otro rango de edades que va de los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días (35).

Además es una de las etapas de transformación más importante en la vida de una persona, el crecimiento y los cambios se dan de manera muy rápida. Esta etapa de crecimiento y desarrollo está condicionada por varios procesos biológicos. Lo biológico en la adolescencia se puede decir que es universal; en cambio, la duración y las características propias de esta etapa pueden cambiar con el tiempo, dependiendo de la cultura y el contexto socioeconómico. Por ello, han registrado en el siglo pasado varios cambios en esta etapa, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales (38).

#### **2.2.2.1. Cambios en la adolescencia:**

##### **Cambios emocionales**

Los cambios hormonales no lo son todo. Es cierto que en este tiempo hay cambios en un abrir y cerrar de ojos de lo emocional, debido a querer más privacidad, y a un cambio de humor rápido. Sin embargo y a diferencia de los pequeños, los adolescentes están pendientes de lo que puede suceder a largo plazo y con más frecuencia de lo que los padres imaginan. Además en esta etapa están muy pendientes de ellos mismos, piensan que son los únicos a nivel del mundo que tienen esos sentimientos, o que solo a ellos les pasan esas cosas, o que es tan incomprendido por todos y aún más por su familia. Esto puede hacer que tengan momentos de soledad, aislamiento y altere la forma de relacionarse con familiares y amigos. Sus emociones elevadas y cambiantes son comunes: cambian de estar tristes a alegres, de sentirse los mejores a los peores, quieren que los cuiden como niños y al rato piden que no loso traten así. Otro aspecto cambiante es la manera de expresar

sus sentimientos: los besos y abrazos de la niñez pasan a leves gestos de cabeza, las expresiones de cariño hacia la familia les puede parecer ridículo (39).

#### Cambios mentales

Al inicio de la adolescencia el avance en la manera de pensar, razonar y aprender es muy importante. Se vuelven calificados de pensar correctamente sin ser necesario de algo más, comienzan tener raciocinio sobre los conflictos y prever los resultados, tener en cuenta distintas ideas, y pensar en los posibles resultados. Uno de los resultados más resaltantes de los cambios mentales es la creación de la identidad. Esta inspección lo necesita para un adecuado ajuste psicológico al llegar a adultos. La capacidad de pensar como adultos junto a la falta de experiencia hace que su comportamiento usualmente no concuerde con sus ideas, por ejemplo pueden ser muy defensores de la naturaleza pero tirar basura en cualquier sitio (39).

**2.2.3. Embarazo:** El embarazo es el estado fisiológico de una mujer que empieza con la concepción y sigue con el desarrollo fetal hasta el parto (36).

**2.2.3.1. Embarazo adolescente:** Es el embarazo que se da entre el inicio de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y 19 años y el MINSA entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días (37).

**2.2.3.2. Causas del embarazo en la adolescencia:** Estas son:

- Coito sin anticoncepción.
- No saber usar métodos anticonceptivos.
- El matrimonio apresurado y el papel que algunas sociedades aún dan a las mujeres.

Esto explica que si bien se ha ido reduciendo los embarazos de madres adolescentes, pero todavía se mantienen los números de 200 madres adolescentes por cada 1 000 mujeres. Sin embargo, son países latinoamericanos que siguen con elevadas cifras que son más del 10 % de adolescentes embarazadas. Incluso en países como Argentina, Estados Unidos, Canadá o España las cifras son muy elevadas pese a las políticas educativas que han permitido disminuir el número de embarazos (36).

En la actualidad, la educación sobre sexualidad señala lo siguiente para evitar un embarazo adolescente:

- Avisa de las consecuencias del consumo de drogas y del alcohol.
- Presión social e idealización del embarazo en la adolescencia como maneras de lograr aceptación de seres cercanos.

- Poca información y pobre acceso a una buena educación sobre sexualidad y tema tabú para los padres (36).

### **2.2.3.3. Factores de riesgo en el incremento de embarazo en adolescentes:**

En el Perú se identifican los siguientes factores:

**Bajo acceso a métodos de planificación familiar** el INEI-ENDES, señalan que solo el 47.3% de adolescentes de 15 a 19 años usan método anticonceptivo y el 68.5% de las adolescentes sexualmente activas de 15 a 19 años usan métodos modernos de planificación familiar. Por otra parte, el 28.8% de las adolescentes de 15 a 19 años deseaba el embarazo cuando se dio, el 62.2% de las adolescentes deseaba el embarazo después y el 8.9% de las adolescentes no quería más hijos (40).

**Bajo nivel de habilidades sociales:** estudios realizados señalan que las adolescentes con nivel bajo de habilidades sociales tienen riesgo de embarazo. Duane en su estudio llega a la conclusión que determinadas capacidades cognitivas y sociales podrían actuar como factores de protección en algunos resultados de salud sexual (primera relación sexual, uso de anticoncepción, embarazo en adolescente) (10).

### **2.2.3.4. Consecuencias del embarazo adolescente:**

Son muchas las consecuencias sobre la salud física de la mamá y el crecimiento del bebé. Pueden variar por una parte la salud de la adolescente, la disponibilidad a la APN y el soporte que tiene en su embarazo. Algunos posibles efectos son (36):

- Tienen un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, diabetes gestacional, parto prematuro y bajo peso al nacer del bebé (36).
- Pueden tener necesidades nutricionales más altas debido al crecimiento del bebé en desarrollo (36).
- Aumenta el riesgo de tener parto por cesárea. Puede ser por una mayor probabilidad de complicaciones en el parto (36).
- La adolescente está en desarrollo físico y el embarazo puede retrasar el mismo (36).
- Mayor riesgo de problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad (36).
- Puede tener anemia por los cambios circulatorios en el embarazo (36).

- Pueden enfrentar barreras para acceder a la atención prenatal temprana y continua (36).
- Puede tener dificultad al criar a su bebé porque no tiene experiencia (36).

#### **2.2.3.5. Consecuencias socioeconómicas de un embarazo**

Puede haber un alto impacto en la educación y las oportunidades a largo plazo de la adolescente. Muchas pasan a una deserción escolar, lo que trunca las oportunidades de trabajo y su economía. Esto puede acaecer en un ciclo de pobreza y desventaja (36).

### **2.3. Hipótesis:**

**Hi:** El nivel de habilidades sociales (asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones) se relaciona con el embarazo en las adolescentes.

**Ho:** El nivel de habilidades sociales (asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones) no se relaciona con el embarazo en las adolescentes.

### **2.4. Variables:**

**Variable 1:** Embarazo adolescente.

**Variable 2:** Habilidades sociales

#### **2.4.1. Definición, conceptualización y operacionalización de variables:**

TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TECNICA E INSTRUMENTO
Variable 1: Embarazo adolescente	Fisiológicamente es cuando inicia la concepción y sigue con el desarrollo del bebe hasta el parto.	Mujer entre 15 y 19 años	Embarazo adolescente	SI NO	Nominal	Se va realizar mediante una entrevista, usando el cuestionario realizado.
Variable 2: Habilidades sociales	Persona que puede percibir, entender, descifrar y responder a la sociedad.	Evaluado a través de 42 preguntas la cual abarca asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones. Donde se sabrá el nivel de habilidades sociales que tiene la adolescente.	Asertividad	Muy bajo Bajo Promedio bajo Promedio Promedio alto Alto Muy alto	Ordinal	Se va realizar mediante una entrevista, utilizando el cuestionario de habilidades sociales del MINSA
			Comunicación	Muy bajo Bajo Promedio bajo Promedio Promedio alto Alto Muy alto	Ordinal	
			Autoestima	Muy bajo Bajo Promedio bajo Promedio Promedio alto Alto	Ordinal	

				Muy alto		
			Toma de decisiones	Muy bajo Bajo Promedio bajo Promedio Promedio alto Alto Muy alto	Ordinal	

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio: Según Sampieri fue:

- Diseño no experimental porque no hubo alteración de las variables.
- Es cuantitativa ya que se va recolectar y analizar la investigación en datos numéricos.
- De acuerdo al periodo y la secuencia de estudio es transversal, porque se va realizar la investigación en un tiempo determinado y evaluaremos nuestras variables.
- De acuerdo al análisis y alcance de los resultados es de relacional, ya que relacionaremos las variables.

#### 3.2. Área de estudio y población:

El estudio lo realizaré en el Hospital II-E Simón Bolívar ubicado en Av. Mario Urteaga S/N, posee una categoría II-E, pertenece a la Red Cajamarca.

**Población:** Adolescentes embarazadas y no embarazadas que acuden a consultorios del Hospital II-E Simón Bolívar. Siendo un total de 105 adolescentes, es el número aproximado obtenido en las listas de pacientes adolescentes atendidas.

#### 3.3. Muestra

##### 3.3.1. Tamaño de la muestra y muestreo:

Para obtener el número de participantes se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple porque se va a contar con el marco muestral obtenido en los consultorios del Hospital II-E Simón Bolívar. Se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 105}{0.05^2 \cdot (105 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$
$$n=86$$

Donde:

**Z**=nivel de confianza (1.96)

**p**=proporción de éxito (0.5)

**N**= población (105)

**E**= margen de error (0.05)

**n**=muestra

### **3.4. Unidad de análisis:**

La unidad de análisis estuvo constituida por adolescentes mujeres.

### **3.5. Criterios de inclusión:**

Criterios de inclusión

- Adolescentes de 15 a 19 años.
- Adolescentes que quieran participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no quieran participar en el estudio.

### **3.6. Consideraciones éticas de la investigación:**

El investigador del presente estudio aplico los siguientes principios bioéticos:

**Confidencialidad:** la aplicación del instrumento se realizó de manera anónima, protegiendo la identidad de las participantes de la investigación (40).

**Beneficencia:** (no hagas daño) abarca el optimizar los beneficios y disminuir los daños. En ningún momento se tuvo la intención de causar daño alguno a las participantes (40).

**Justicia:** En todo momento los participantes de la investigación fueron tratados bajo el principio de la igualdad y la no discriminación (40).

### **3.7. Procedimiento de la recolección de datos:**

Se solicitó el consentimiento al jefe del Hospital II-E Simón Bolívar (ANEXO 04), quien comunico a la obstetra encargada y así obtener los datos necesarios.

Se aplicó el instrumento durante las horas de atención del Hospital. La recolección de datos duraba entre unos 15 a 20 minutos por adolescente.

### 3.8. Técnica e instrumentos de recolección de datos:

La técnica usada fue la encuesta. El instrumento estuvo estructurado en dos partes: La primera parte estuvo compuesta por los datos del adolescente, los cuales abarco edad, ocupación, año de estudios, si estuvo alguna vez embarazada, si actualmente está embarazada y cuántos meses de embarazo tiene. La segunda parte estuvo compuesta por el test de habilidades sociales que utiliza el MINSA en la atención integral del adolescente el cual consta de 42 ítems (ANEXO 02): del 1 al 12 valora la dimensión de asertividad, del 13 al 21 la dimensión de comunicación, del 22 al 33 la dimensión de autoestima y del 34 al 42 la dimensión de toma de decisiones. Tiene una escala tipo Likert, considerando alternativas como: nunca, rara vez, a veces, a menudo y siempre. Los ítems positivos su puntuación es así: N=1, RV=2, AV=3, AM=4, S=5 y si la redacción es inversa, su puntuación es así: N=5, RV=4, AV=3, AM=2, S=1. Los valores por cada habilidad (ANEXO 03):

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO DE ASERTIVIDAD	PUNTAJE DIRECTO DE COMUNICACIÓN	PUNTAJE DIRECTO DE AUTOESTIMA	PUNTAJE DIRECTO DE TOMA DE DECISIONES	TOTAL
MUY BAJO	0 AL 20	MENOR A 19	MENOR A 21	MENOR A 16	MENOR A 88
BAJO	20 A 32	19 A 24	21 A 34	16 A 24	88 A 126
PROMEDIO BAJO	33 A 38	25 A 29	35 A 41	25 A 29	127 A 141
PROMEDIO	39 A 41	30 A 32	42 A 46	30 A 33	142 A 151
PROMEDIO ALTO	42 A 44	33 A 35	47 A 50	34 A 36	152 A 161
ALTO	45 A 49	36 A 39	51 A 54	37 A 40	162 A 173
MUY ALTO	50 A MAS	40 A MAS	55 A MAS	41 A MAS	174 A MÁS

### 3.9. Procesamiento y análisis de los datos:

#### 3.9.1. Procesamiento

Una vez recolectada la información se procedió a realizar la tabulación en una base de datos en Excel, luego fueron procesados y analizados con ayuda del programa de software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25 para Windows, luego se procedió a sistematizar los resultados en tablas simples y de contingencia, que luego serán analizados.

La interpretación y análisis se procedió así:

**Fase descriptiva:** se describe lo que se encontró en la relación de las habilidades

sociales con el embarazo adolescente, teniendo como base los datos estadísticos que se analizó con la distribución de frecuencias y contrastadas con la teoría y los antecedentes.

**Fase inferencial:** con ayuda del software estadístico SPSS se realizará la prueba de hipótesis para que así el análisis, la interpretación y las conclusiones a las que se llega partiendo de la información obtenida de la muestra y brindar una adecuada información científica.

### **3.10. Control de calidad**

El control de los datos se realizó en el momento del llenado de la encuesta, también en el ingreso de la información a la base de datos en Excel. La validez del instrumento ha sido realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, para ello hizo la aplicación del instrumento en cuatro colegios nacionales de Lima en el año 2002, estuvo supervisado por la dirección ejecutiva de investigación y atención especializada de salud, además para que el MINSA lo haya validado ha pasado por varias normas y resoluciones legales y así ser aplicado en el Perú.

## CAPÍTULO IV

### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1: Factores demográficos de las adolescentes**

Factores demográficos	Respuesta	frec	Porcentaje
Edad	De 15 a 17	79	92%
	De 18 a 19	7	8%
Ocupación	Abandono los estudios y se dedica a su casa	2	2%
	Estudia	82	95%
	Estudia y trabaja	2	2%
	Trabaja	0	0%
Año de estudios	Sin instrucción	0	0%
	1° de secundaria	0	0%
	2° de secundaria	2	2%
	3° de secundaria	28	33%
	4° de secundaria	16	19%
	5° de secundaria	31	36%
¿Alguna vez estuvo embarazada?	Sí	2	2%
	No	84	98%
¿Actualmente está embarazada?	Sí	16	19%
	No	70	81%
¿Cuántos meses de embarazo tiene?	No estoy embarazada	70	81%
	De 1 a 3 meses	5	6%
	De 4 a 6 meses	6	7%
	De 7 a 9 meses	5	6%
<b>Total</b>		<b>86</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 1, del ítem edad el 92% respondió de 15 - 17 y el 8% de 18 - 19 años. El ítem ocupación, el 95% respondieron estudia y el 2% respondieron que estudia y trabaja. El ítem año de estudios, el 36% respondieron 5° de secundaria, el 33% respondieron 3° de secundaria, el 19% respondieron 4° de secundaria, el 10% respondieron superior, el 2% respondieron 2° de secundaria y el 0% respondieron 1° de secundaria. El ítem ¿Alguna vez estuvo embarazada?, el 98% respondieron que no y el 2% respondieron que sí. El ítem ¿Actualmente está embarazada?, el 19% respondieron que sí y el 81% respondieron que no. El ítem ¿Cuántos meses de embarazo tiene?, el 81% respondieron no estoy embarazada, el 7% respondieron de 4 a 9 meses, el 6% respondieron de 1 a 3 meses y el 6% respondieron de 7 a 9 meses.

**Tabla 2: Nivel de Habilidades Sociales**

<b>Nivel</b>	<b>frec</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy bajo	0	0%
Bajo	2	2%
Promedio bajo	19	22%
Promedio	13	15%
Promedio alto	23	27%
Alto	9	10%
Muy alto	20	23%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 2, Nivel De Habilidades Sociales. El 27% tuvo nivel promedio alto, el 23% tuvo un nivel muy alto, el 22% tuvo un nivel de promedio bajo, el 15% tuvo un nivel de promedio, el 10% tuvo un nivel alto, el 2% tuvo un nivel bajo y el 0% tuvo un nivel muy bajo.

**Tabla 3: Nivel de asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones**

<b>Dimensiones</b>	<b>Respuesta</b>	<b>frec</b>	<b>Porcentaje</b>
Nivel de asertividad	Muy bajo	0	0%
	Bajo	1	1%
	Promedio bajo	6	7%
	Promedio	20	23%
	Promedio alto	16	19%
	Alto	30	35%
	Muy alto	13	15%
Nivel de comunicación	Muy bajo	1	1%
	Bajo	4	5%
	Promedio bajo	17	20%
	Promedio	19	22%
	Promedio alto	19	22%
	Alto	17	20%
	Muy alto	9	10%
Nivel de autoestima	Muy bajo	0	0%
	Bajo	2	2%
	Promedio bajo	21	24%
	Promedio	20	23%
	Promedio alto	13	15%
	Alto	20	23%
	Muy alto	10	12%
Nivel de toma de decisiones	Muy bajo	0	0%
	Bajo	5	6%
	Promedio bajo	18	21%
	Promedio	18	21%
	Promedio alto	20	23%
	Alto	15	17%
	Muy alto	10	12%
<b>Total</b>		<b>86</b>	<b>100%</b>

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 3. El ítem nivel de asertividad, el 35% respondieron que tienen un nivel alto, el 23% tienen un nivel promedio, el 19% tienen un nivel promedio alto, el 15% tienen un nivel muy alto, el 7% tienen un nivel promedio bajo, el 1% tienen un nivel bajo y el 0% tienen un nivel muy bajo. El ítem nivel de comunicación, el 22% respondieron que tienen un nivel promedio, el 22% tienen un nivel promedio alto, el 20% tienen un nivel promedio bajo, el 20% tienen un nivel alto, el 10% tienen un nivel muy alto, el 5%

tienen un nivel bajo y el 1% tiene un nivel muy bajo. El ítem nivel de autoestima, el 24% respondieron que tienen un nivel promedio bajo, el 23% tienen un nivel promedio, el 23% tiene un nivel alto, el 15% tienen un nivel promedio alto, el 12% tienen un nivel muy alto, el 2% tiene un nivel bajo y el 0% tienen un nivel muy bajo. El ítem nivel de toma de decisiones, el 23% respondieron que tienen un nivel promedio alto, el 21% tienen un nivel promedio bajo, el 21% tienen un nivel promedio, el 17% tienen un nivel alto, el 12% tienen un nivel muy alto, el 6% tienen un nivel bajo y el 0% tiene un nivel muy bajo.

**Tabla 4: Embarazo y habilidades sociales en adolescentes según dimensiones**

Habilidades Sociales	Resultado	Embarazo			
		Sí n=16, 19%		No n=70, 81%	
		Recuento	%	Recuento	%
Nivel de asertividad Chi-cuadrado=17.075 df=5 Sig.=0.004	Muy bajo	0	0%	0	0%
	Bajo	1	6%	0	0%
	Promedio bajo	2	13%	4	6%
	Promedio	8	50%	12	17%
	Promedio alto	3	19%	13	19%
	Alto	2	13%	28	40%
Nivel de comunicación Chi-cuadrado=8.168 df=6 Sig. =0.226	Muy alto	0	0%	13	19%
	Muy bajo	0	0%	1	1%
	Bajo	2	13%	2	3%
	Promedio bajo	5	31%	12	17%
	Promedio	4	25%	15	21%
	Promedio alto	4	25%	15	21%
Nivel de autoestima Chi-cuadrado=16.100 df=5 Sig. =0.007	Alto	1	6%	16	23%
	Muy alto	0	0%	9	13%
	Muy bajo	0	0%	0	0%
	Bajo	0	0%	2	3%
	Promedio bajo	9	56%	12	17%
	Promedio	5	31%	15	21%
Nivel de toma de decisiones Chi-cuadrado=10.983 df=5 Sig. =0.050	Promedio alto	2	13%	11	16%
	Alto	0	0%	20	29%
	Muy alto	0	0%	10	14%
	Muy bajo	0	0%	0	0%
	Bajo	3	19%	2	3%
	Promedio bajo	5	31%	13	19%

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 4. La dimensión nivel de asertividad, el 50% tienen el resultado promedio con la respuesta sí de ¿Actualmente está embarazada? y el 17% con resultado promedio respondieron que no. El ítem nivel de comunicación, el 31% tienen el resultado promedio bajo con la respuesta sí de ¿Actualmente está embarazada? y el 17% con resultado promedio bajo respondieron que no. El ítem nivel de autoestima, el 56% tienen el resultado promedio bajo con la respuesta sí de ¿Actualmente está embarazada? y el 17% con resultado promedio bajo respondieron que no. El ítem nivel de toma de decisiones, el 31% tienen el resultado promedio con la respuesta sí de ¿Actualmente está embarazada? y el 19% con resultado promedio respondieron no.

El nivel de asertividad, autoestima, nivel de toma de decisiones se asocian significativamente con ¿Actualmente está embarazada? Porque el Sig es menor a 0.05. En cambio el nivel de comunicación no se asocia significativamente con ¿actualmente está embarazada? Porque el Sig es mayor a 0.05.

**Tabla 5: Embarazo y habilidades sociales**

Habilidades Sociales	Resultado	Embarazo			
		Sí n=16, 19%		No n=70, 81%	
		Recuento	%	Recuento	%
Nivel De Habilidades Sociales	Muy bajo	0	0%	0	0%
	Bajo	1	6%	1	1%
	Promedio bajo	9	56%	10	14%
	Promedio	2	13%	11	16%
	Promedio alto	4	25%	19	27%
	Alto	0	0%	9	13%
	Muy alto	0	0%	20	29%

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 5, la dimensión nivel de habilidades sociales, el 16,19% están embarazadas; de ellas el 56% tiene habilidades sociales en un nivel promedio bajo, el 25% en un nivel promedio alto, el 13% en un nivel promedio, el 6% en un nivel bajo. El 70,81% no está embarazadas; de ellas el 29% tiene habilidades sociales en un nivel muy alto, el 27% en un nivel promedio alto, el 16% en un nivel promedio, el 14% en un nivel promedio bajo, el 13% en un nivel alto, el 1% en un nivel bajo. El nivel de habilidades sociales se asocia significativamente con el embarazo, porque la significancia es menor a 0.05.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estudio se realizó a 86 adolescentes del Hospital II-E Simón Bolívar, de las cuales 16 estaban gestando y 70 no estaban gestando, incidiendo en la relación de habilidades sociales y embarazo.

En la tabla 1 con respecto a factores demográficos de las adolescentes se observa: en su mayoría fueron de 15 a 17 años (92%), estudiaban (95%), cursaban en 5° de secundaria (36%), una minoría alguna vez estuvo embarazada (2%), hubo quienes estuvieron embarazadas (19%) y en su mayoría estaban de 4 a 6 meses de embarazo (7%) . En cuanto a Soriano A. (Salvador, 2019) coincide el rango de edad encontrado y en su mayoría eran estudiantes (97%) (11). Jampa E. Saciga O. (Huánuco, 2023) obtuvieron resultados parecidos en cuando al rango de edad (98%), toda su población estudiaba y cursaban el 5° de secundaria (13). Inga E. (Lima, 2021) no coincide el rango de edad encontrada, ni tampoco el grado que cursan las adolescentes, eran estudiantes y no estaban embarazadas (14). Cacho Z. Silva M. (Trujillo, 2019) coincide el rango de edad encontrado con nuestra investigación, en su mayoría son estudiantes y cursan el 3° de secundaria, no estuvieron alguna vez embarazadas y tampoco estaban embarazadas al momento de realizar el estudio (16). Rabanal C. (Cajamarca, 2021) con nuestra investigación coincidió el rango de edad encontrado y el grado de estudios, en su mayoría solo se dedicaban a estudiar y no estaban embarazadas (17).

En la tabla 2 con respecto a nivel de habilidades sociales se observa en las adolescentes predominó el nivel promedio alto de habilidades sociales (27%) seguido del nivel muy alto de habilidades sociales (23%) teniendo una similitud con la investigación de Alfaro S. Amaya K. (Trujillo, 2020) quién halló que las habilidades sociales en los adolescentes tuvo un predominio alto (15), aunque se debe precisar que el porcentaje encontrado en esta investigación corresponde a un número reducido de adolescentes. La investigadora concuerda con los datos encontrados ya que al realizar las entrevistas percibía que solo algunos adolescentes expresaban sus respuestas de manera adecuada a diferencia de quienes no lo hacían, coincidiendo con lo que señala la UNICEF que las habilidades sociales son destrezas que nos llevan a resolver problemas, a comunicarnos efectivamente y poder expresar nuestros sentimientos, pensamientos y acciones de forma acertada, para poder garantizarnos relaciones estables y duraderas (18). En el caso del adolescente es importante el desarrollo de las mismas porque ayuda en el funcionamiento psicológico, académico y social (20).

Zavala Berbena, Valadez Sierra y Vargas Vivero (2008) dicen que en la adolescencia la práctica de habilidades sociales es más compleja. Ya que los adolescentes han dejado los comportamientos sociales de la niñez y ahora tienen comportamientos más críticos y desafiantes en relación a las normas sociales, y por otro lado, los adultos les exigen comportamientos sociales más elaborados (20).

En la tabla 3 con respecto al nivel por dimensión, en nivel de *asertividad* se las adolescentes se observa un predominio de nivel alto de asertividad (35%), resultados que no coinciden al de Janmpa S. Saciga D. (Huánuco, 2023) quien halló un predominio de nivel muy alto de asertividad (34%) (13). En cuanto a Inga E. (Lima, 2021) coinciden ya que predominó el nivel alto de asertividad (30%) (14). De igual modo Alfaro S. Amaya K. (Trujillo, 2020) halló que predominó el nivel alto de asertividad (51%) (15). Con Rabanal, C. (Cajamarca, 2021) encontró que predominó el nivel alto de asertividad (29,3%) (17). La investigadora coincide con lo encontrado porque al realizar cada entrevista observo que menos de la mitad de adolescentes no se expresaban de manera directa, sino más bien hablaban con timidez coincidiendo con un grupo de psicólogos y educadores (Alberti y otros, 1977) los cuales señalan que la asertividad definen asertividad como: grupo de conductas, manifestadas por alguien en un entorno interpersonal, el cual manifiesta sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una manera directa, firme y honesta, al mismo tiempo respetando a la otra persona. Además esta conducta puede incluir la manifestación de emociones como ira, miedo, alegría, desesperación, indignación, pero sin dañar a otros (22). Diferenciándose así de la conducta agresiva, la cual no respeta a otros (21). Además Vera (2000) señala que es muy bueno que un adolescente tenga un repertorio de conducta asertiva para dirigir las diferencias que puede tener con otras personas, ya que en la etapa de adolescencia no ser asertivo puede tener consecuencias como: baja autoestima, rendimiento escolar bajo, consumo de drogas, inicio de relaciones sexuales a temprana edad y embarazos no deseados. Estas formas de conducta hacen en los adolescentes que a veces sean ineficaces para la vida social provocando molestia. Sin embargo, estas conductas inadecuadas pueden eliminarse y sustituirse por la asertiva, la cual puede irse aprendiendo con más práctica (22).

En nivel de *comunicación* se ha identificado que predominó el nivel promedio de comunicación (22%) y el nivel promedio alto de comunicación (22%). A diferencia de Janmpa S. Saciga D. (Huánuco, 2023) quienes hallaron que predominó el nivel promedio muy alto (52%) (13). En cuanto a Inga E. (Lima, 2021) encontró que predominó el nivel promedio bajo (37%) (14). Alfaro S. Amaya K. (Trujillo, 2020)

encontró que predominó el nivel alto de comunicación (31.7%) (15). Rabanal, C. (Cajamarca, 2021) obtuvo que predominó el nivel promedio alto de comunicación (32.6%) (17). La investigadora coincide con lo encontrado, solo un grupo pequeño de adolescentes se comunicaba adecuadamente se percibía eso por las preguntas que realizaban al momento de la entrevista, por el contrario la mayoría de adolescentes se observaba que no entendían cierta pregunta y se quedaban con la duda, por ello coincide y corrobora lo que dice la teoría los adolescentes no se caracterizan por sus habilidades en la comunicación, más aún con sus papás y otros adultos, empiezan a verlos como un dominio que los conduce a sentir provocación e intentan no obedecer las normas de su casa. Al ser una etapa crítica, en la que se deja de ser niño, pero tampoco es adulto, crea confusión y rebeldía en los adolescentes, quienes prefieren estar con personas de su misma edad para poder hablar, expresar como se sienten y compartir los cambios que les están pasando (27).

Asimismo mayormente los adolescentes atraviesan su etapa sin tener dificultades graves o que duren mucho tiempo, más bien es una fase de la vida de mayor sensibilidad hacia el riesgo (Arnett, 2008). El paso de esta etapa perjudica a toda la familia y toma mayor importancia el grado en que logren equilibrar las demandas y recursos disponibles (Lalueza & Crespo, 2003). Además la psicología ha deducido que como se llevan con los padres es un potente factor protector de conductas de riesgo. Se informa que los adolescentes que exteriorizan adecuadamente lo que piensan y sus expectativas con sus papás y otros adultos, toleran de manera eficaz la presión de los demás (Bandura, 1997). Se percibe que cuando los padres más animan a decir lo que necesitan y aspiran a sus hijos, aumenta la preferencia de ellos en recurrir a sus padres para tener guía y apoyo (Caprara, 1998). De igual manera, el comunicarse en la familia permite el formar un concepto positivo de uno mismo (Estévez, Mugui, Moreno, & Musti, 2007). Además se percibe que la relación con los papás contribuye como protección cuando hay conductas de riesgo en relación a la actividad sexual de los adolescentes. Igualmente (Álvarez, Andrade, & Pick, 1990; Meschke, Bartholomae & Zentall, 2002) señalan que tener una comunicación eficaz con los padres funciona como factor protector frente al embarazo (27).

En el nivel de *autoestima*, se ha identificado que en las adolescentes hay un predominio del nivel promedio bajo de autoestima (24%), seguido de un nivel promedio (23%). A diferencia de lo encontrado por Janmpa S. Saciga D. (Huánuco, 2023) donde predominó el nivel muy alto (40%) (13). Sin embargo coincidió con Inga E. (Lima, 2021) quien encontró un predominio del nivel promedio bajo (22%) seguido del nivel promedio (22%) (14). En el caso de Alfaro S. Amaya K. (Trujillo, 2020) no coincidió ya

que predominó el nivel alto de autoestima (52.4%) (15). Rabanal, C. (Cajamarca, 2021) también obtuvo resultado parecidos predominando el nivel promedio bajo de autoestima (37%) (17). La investigadora está de acuerdo con los resultados hallados ya que al realizar la entrevista las adolescentes no permitían el contacto visual, se sentían inseguras al dar sus respuestas ya que preguntaban si estaba bien lo que respondían. Esto puede deberse a la etapa que están pasando ya que como señala la teoría el desarrollo de la autoestima inicia en la infancia, pero es en la adolescencia donde su desarrollo es más crítico. Esto se debe a la búsqueda de la identidad. La adecuada construcción de la autoestima hace adolescentes estables, sanos y con instrumentos adecuados para asumir los cambios propios de su etapa. Además es muy potente para el ajuste psicológico y adaptación social por lo que es importante aumentar el bienestar que los adolescentes sienten con ella, la cual es una tarea que debe comprometerse la escuela, junto a la familia. Así mismo Rodríguez Naranjo & Caño Gonzales (2012) han corroborado que la autoestima se debilita en esta etapa, como consecuencia de los cambios de la pubertad, los cognitivos y los del contexto escolar. Además (Morenos Gonzáles & Ortiz Viveros, 2009) señalan que la baja autoestima en los adolescentes es un factor de riesgo para que tengan problemas psicológicos y sociales como: los trastornos de alimentación, Bocanegra Abad (2017) añade otros más como: la preocupación exagerada por la imagen corporal, las ideaciones e intentos suicidas, sentimientos de inferioridad, depresión, aislamiento social, deserción escolar, situaciones de delincuencia, el refugio en las drogas, inicio de relaciones sexuales, entre otros (29).

En el estudio que realizaron Miller y Moore (1990) vieron que la influencia de la autoestima sobre el comienzo de las relaciones sexuales, depende del lugar normativo en el que están las adolescentes; por el contrario Cole (1997) halló que la asociación es opuesta a la que se dice la teoría, las investigaciones que revisó señalan que mientras el nivel de autoestima sube, la práctica de comportamientos sexuales inseguros baja. Otras investigaciones (Paul, Fitzjjhon, Herbison & Dickson, 2000; Spencer, Zimet, Alazma & Orr, 2002; Whitaker, Miller & Clark, 2000) señalan que la relación de la autoestima con la edad de inicio de relaciones sexuales es significativa, pero no es igual por si es hombre o mujer. Por eso Rosenberg (1965) señala que la autovaloración en los varones se centra en la competencia, mientras que en las damas se basa en mantener un vínculo con los demás. Vargas-Trujillo, Gambara y Botella (2006) mencionan que las normas y las expectativas culturales que el adolescente acepte y asuma son determinantes de la valoración que haga de sí mismo (31).

Por otro lado Reeder, Martín y Koniak (1995) señalan que el desarrollo psicosocial, regula la autoestima, la cual se relaciona con las necesidades emocionales satisfechas; entonces Hoffman, Paris y Hall (1997) establecen que las adolescentes que tienen pocas relaciones afectivas intentan sentirse valoradas mediante la maternidad (31).

En el nivel de *toma de decisiones*, predominó el nivel promedio alto (23%) seguido del nivel promedio bajo (21%). Janmpa S. Saciga D. (Huánuco, 2023) hallaron que sobresalió un nivel promedio muy alto (33%) (13). En cuanto a Inga E. (Lima, 2021) encontró que predominó el nivel promedio (36%) (14). Alfaro S. Amaya K. (Trujillo, 2020) halló que predominó el nivel alto (40.7%), seguido del nivel promedio (31%) (15). Rabanal, C (Cajamarca, 2021) encontró que predominó el nivel promedio bajo (50%) (17). La investigadora está de acuerdo con los resultados encontrados, aunque apreciar la toma de decisiones de un adolescente va más allá de una entrevista se pudo percibir que las adolescentes estaban indecisas en sus respuestas cambiaban lo que demuestra que la toma de decisiones en ellas aún es inmadura. Lo cual puede resultar en lo que señala la bibliografía que en la adolescencia aparece un importante número de conductas de riesgo. Piaget e Inhelder (1975), señalan que se deben a la poca madurez en las habilidades de razonamiento, es decir, presentan mucha incapacidad en sus habilidades de pensamiento y en sus habilidades cognitivas, eso dificulta el estudio correcto de los sucesos siendo una consecuencia, para la toma de decisiones. Sin embargo, Steinberg (2009) da otra explicación donde se dice la dificultad de los adolescentes para tomar decisiones no está exactamente en su inmadurez cognitiva, sino la inestabilidad entre el procesamiento emocional y racional de los sucesos. Este enfoque, llamado "Prototipo del Sistema Dual", señala que la poca madurez de las decisiones en los adolescentes es por el interactuar entre dos procedimientos neurales con diferentes estados de desarrollo: un sistema emocional, y un sistema cognitivo. El prototipo expone que en la adolescencia el sistema cognitivo no alcanzado su madurez, mientras que el sistema emocional sí; es por eso que en esta etapa aparecen conductas de riesgo grandes, ya que los impulsos dados por las partes internas del cerebro no se pueden parar por la región de la corteza pre frontal. Esta característica es un reto al momento de regularizar el comportamiento, ya que muchos de los impulsos de emociones no se topan con un muro que pare la magnitud emocional que motiva la conducta. Entonces la inmadurez del prototipo de control cognitivo dificulta la regulación correcta ante eventos que son riesgosos, esto hace que se sucedan sin tope los impulsos que vienen del sistema emocional (Best, Miller y Jones, 2009), investigaciones hechas por Peper, Koolschijn y Crone (2013) lo

confirman, han hallado poca masa de la corteza orbitofrontal (COF) en los adolescentes hombres, a diferencia de las mujeres es un poquito más grande, por ello concluyen que este bajo tamaño de la COF aumenta la relación entre el nivel de testosterona y comportamiento de riesgo. Por otro lado, Peters y col. (2014) confirmaron que los circuitos frontoparietales tienen más activación después de que los adolescentes se enfrentan a consecuencias negativas por sus decisiones, en comparación con las consecuencias positivas (33).

En síntesis, el Modelo del Sistema Dual preserva la existencia de una capacidad reducida en la autorregulación de los adolescentes, no por un bajo nivel de raciocinio, sino como resultado de una insuficiente maduración de las regiones cerebrales responsables del control consciente del comportamiento (33).

Cierta investigación señala que los adolescentes tienen que tomar una decisión en cuanto a si tener o no un noviazgo, tener o no relaciones sexuales, colocarse o no un método anticonceptivo y quedar embarazada o no. Los adolescentes que son menores toman decisiones tomando en cuenta la opinión de alguien en cambio los adolescentes de 15 a 19 años, muestran más dificultades para ver el efecto de sus decisiones, para ver lo que les interesa a los demás y para tener control sobre algún suceso. Referente a cómo toman decisiones Langer y sus colaboradores (1993) señalan que algunos adolescentes lo hacen teniendo en cuenta sus intereses, creencias, actitudes y valores; otros de acuerdo a las expectativas de sus padres, y otros en lo que piensa el grupo social. Entonces conforme avanza la adolescencia, las decisiones tienden a estar de acuerdo con la opinión del grupo de referencia, y sólo hasta el final de la adolescencia, los jóvenes comienzan a decidir con base en su criterio personal (34).

Blustein y Phillips (1990), por su parte, dicen que el tomar decisiones está relacionado con la manera como resuelven las tareas del desarrollo de la adolescencia apoyándose en lo que dicen Harren (1979) y Johnson (1978) que algunos adolescentes toman decisiones pensando bien usando tácticas planificadas hacia el futuro. Otros acuden a tácticas naturales apoyadas en la imaginación y lo que sienten en el momento. Otros permiten que personas importantes como padres, amigos y figuras de autoridad decidan por ellos (estilo dependiente); mientras que otros asumen su responsabilidad y analizan por sí solos la información sobresaliente para la toma de decisiones (34).

Vargas Trujillo y Barrera (2004) sugieren la necesidad de establecer en qué medida las decisiones sexuales pueden ser examinadas, en los adolescentes, como producto de un proceso racional y sistemático de deliberación. Sus investigaciones sugieren que las decisiones de los adolescentes son, en primer lugar, de carácter individual, en tanto que cada miembro de la pareja elige una acción determinada con el ánimo de promover sus propios fines; en segundo lugar, son inmediatas si se toman en cumplimiento de una regla de conducta no escrita en la que los instintos de los adolescentes se encargan de la elección. Siendo importante los conocimientos que han edificado los adolescentes con respecto a sí mismos y la sexualidad en general. Los modelos de la cognición social como la teoría de Bandura (2001) y la Teoría del comportamiento planeado señalan que estos conocimientos se conservan en la memoria y son activadas en el momento de tomar una decisión o de actuar (33).

En la tabla 4 embarazo y habilidades sociales en adolescentes según dimensiones se encontró: en asertividad en las adolescentes embarazadas hubo un predominio del nivel promedio (50%), seguido del nivel promedio alto (19%); en las adolescentes no embarazadas predominó el nivel alto (40%), seguido del nivel promedio alto (19%); al realizar la prueba estadística del chi cuadrado se obtuvo un valor de ( $p=0.004<0.05$ ) entonces significa que existe relación entre embarazo y esta dimensión ya que la significancia es menor a 0.05. La comunicación en adolescentes embarazadas predominó el nivel promedio bajo (31%), seguido del nivel promedio (25%); en las adolescentes no embarazadas predominó el nivel alto (23%), seguido del nivel promedio alto (21%); al realizar la prueba estadística del chi cuadrado se obtuvo un valor de ( $p=0.226>0.05$ ) entonces significa que no existe relación entre embarazo y esta dimensión ya que la significancia es mayor a 0.05. En autoestima en las adolescentes embarazadas predominó el nivel promedio bajo (56%), seguido del nivel promedio (31%); en las adolescentes no embarazadas predominó el nivel alto (29%), seguido del nivel promedio (21%); al realizar la prueba estadística del chi cuadrado se obtuvo un valor de ( $p=0.007<0.05$ ), entonces significa que existe relación entre embarazo y esta dimensión ya que la significancia es menor a 0.05. En toma de decisiones en las adolescentes embarazadas predominó el nivel promedio bajo (31%), seguido del nivel promedio (25%); en las adolescentes no embarazadas predominó el nivel promedio alto (24%), seguido del nivel alto (20%); al realizar la prueba estadística del chi cuadrado se obtuvo el valor de ( $p=0.050<0.05$ ) entonces significa que existe relación entre embarazo y esta dimensión ya que la significancia es menos a 0.05. En comparación con Alfaro S. Amaya K. (Trujillo, 2020) hubo una similitud, ya que obtuvo que la asertividad y el riesgo de embarazo tienen relación, debido que su nivel de

significancia es ( $p=0,001<0,05$ ) por otro lado, en comunicación y el riesgo de embarazo no presentan relación, puesto que su nivel de significancia es ( $p=0,212>0,05$ ), en la dimensión autoestima y el riesgo de embarazo no presentan relación, ya que su nivel de significancia es ( $p=0,407>0,05$ ), finalmente en el contexto toma de decisiones y riesgo de embarazo no presenta relación, debido a que su significancia es ( $p=0,303>0,05$ ), estas dos últimas dimensiones difieren con nuestra investigación (15). En el caso de Rabanal, C. (Cajamarca, 2021) encontró en asertividad un valor de ( $p=0.043< 0,05$ ) por lo tanto, existe relación entre embarazo adolescente y asertividad, en comunicación obtuvo un valor de ( $p=0.0465< 0,05$ ) entonces también existe relación entre embarazo adolescente y comunicación, en autoestima obtuvo un valor de ( $p=0.047<0,05$ ) significa que si hay relación entre embarazo adolescente y autoestima; finalmente en la dimensión toma de decisiones se obtiene un valor de ( $p=0.347> 0,05$ ) quiere decir que no existe relación entre embarazo adolescente y toma de decisiones (17), coincidiendo con nuestra investigación en las dimensiones de asertividad y autoestima, pero no coincide en las dimensiones comunicación y toma de decisiones.

En la tabla 5 referente a embarazo y habilidades sociales, en las embarazadas predominó el nivel promedio de habilidades sociales (56%) seguido del nivel promedio alto de habilidades sociales (25%). En las adolescentes no embarazadas predominó el promedio muy alto (29%) seguido del nivel promedio alto (27%). Al realizar la prueba del Chi-cuadrado de Pearson se obtiene un valor de ( $p=0.002<0.05$ ) por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, dando como resultado: existe relación entre el nivel de habilidades sociales y el embarazo adolescente. En comparación con la investigación de Janmpa S. Saciga D. (Huánuco, 2023) halló que muestran habilidades sociales muy favorables (38%), seguido de habilidades favorables (34%). Además se obtuvo un valor de coeficiente de correlación de 0,426, dicho resultado refleja la existencia de una relación significativa en la asociación de las habilidades sociales y actitudes preventivas frente al embarazo adolescente. Así mismo, se evidencia que el valor de significancia bilateral es de  $p=0,000>0,05$ ; en consecuencia, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula (13). En cuanto a Inga E. (Lima, 2021) encontró que predominó el nivel muy alto de habilidades sociales (92%), además estos adolescentes no tienen riesgo. Además la prueba estadística da como datos que hay una correlación baja ( $R_o= -0.285;p<0.05$ ); además es una correlación negativa, la cual señala que, mientras más altas son las habilidades sociales las conductas de riesgo serán bajas o no existirán. Por lo tanto, existe relación entre ambas variables siendo una relación baja e inversamente proporcional (14). Por su parte Rabanal, C

(Cajamarca, 2021) obtuvo algo parecido al realizar la prueba de hipótesis Chi-cuadrado de Pearson con un grado de libertad de 5, teniendo en cuenta las características de las variables mencionadas; mediante esta prueba estadística se obtiene un valor de ( $p=0.044 < 0.05$ ) por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, es decir; existe relación entre embarazo adolescente y las habilidades sociales (17).

## CONCLUSIONES

- Los factores demográficos en las adolescentes fueron: adolescentes de 15 a 17 años, estudiantes que cursaban el 5° de secundaria, 16 estaban embarazadas y en su mayoría tenían de 4 a 6 meses.
- En el nivel de habilidades sociales predominó el nivel promedio alto, seguido del nivel muy alto.
- El nivel de habilidades sociales según dimensiones fue: en asertividad predominio de nivel alto, en comunicación el nivel promedio, en autoestima el nivel promedio bajo y en toma de decisiones el nivel promedio alto.
- Existe relación entre la dimensión asertividad, autoestima y toma de decisiones con el embarazo adolescente.
- Existe relación estadística entre embarazo y habilidades sociales en adolescentes que asisten al Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca, 2024, según la prueba de Chi-cuadrado con un valor ( $p=0.002<0.05$ ).

## RECOMENDACIONES

- Para la Dirección Regional de Salud y la Red Integral de Salud se recomienda priorizar los programas educativos sobre habilidades sociales dirigidos a los adolescentes tanto en los establecimientos de salud como en las Instituciones Educativas. También de poder implementar personal de obstetricia en las Instituciones Educativas para la orientación en salud sexual y reproductiva del adolescente y así prevenir el embarazo a través del fortalecimiento de habilidades sociales, además el mismo personal podrá capacitar a los profesores que ejercen como tutores para que ellos puedan fortalecer las habilidades sociales de sus alumnos a cargo y podrá dar charlas sobre el tema dirigidos a los padres de familia en cada escuela para padres.
- Para el Hospital II-E Simón Bolívar, se recomienda la implementación de un consultorio diferenciado del adolescente para brindar atención integral, de esta manera podrán fortalecer las habilidades sociales y prevenir embarazos adolescentes.
- Para los futuros obstetras se recomienda seguir realizando investigación sobre el tema para así apoyar en la mejora de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de nuestra región. También pueden acudir a aliados estratégicos como los medios comunicación y las redes sociales de esta manera pueden difundir el tema para una mejor del adolescente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [internet]. [citado el 09 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- (2) Organización Panamericana de Salud. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- (3) Perez M. Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato [Tesis en internet]. [Granada]: Universidad de Granada [citado el 08 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/2093/17705381.pdf;jsessionid=1E0B731509209D2C9840CC0ADA4D4774?sequence=1>
- (4) Pilco R. Habilidades sociales en estudiantes de educación secundaria. [Internet][citado el 08 de marzo del 2024]. Disponible en: <file:///C:/Users/LP/Downloads/9.+Habilidades+sociales+en+estudiantes+de+educaci%C3%B3n+secundaria.pdf>
- (5) Pérez B. Nivel de habilidades sociales en adolescentes del colegio Monte Carmelo [Tesis en Internet]. [Guatemala]: Universidad Rafael Landívar; 2018 [citado el 08 de marzo del 2024]. Disponible <http://biblio3.url.edu.gt/publiircifuentes/TESIS/2018/05/42/Perez-Karina.pdf>
- (6) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Nacidos Vivos de Madres Adolescentes, 2019-2022 [citado el 10 de julio del 2024]. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digiales/Est/Lib1\\_917/libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1_917/libro.pdf)
- (7) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estado de la Población en el año del Bicentenario, 2021 [internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digiales/Est/Lib1\\_803/libro.pdf?fbclid=IwAR1N-rRjAd-E2EgCkuJL9elclmnMtxA4KGDOzRFTaZuTQtLPIUWjGByA4DM](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1_803/libro.pdf?fbclid=IwAR1N-rRjAd-E2EgCkuJL9elclmnMtxA4KGDOzRFTaZuTQtLPIUWjGByA4DM)
- (8) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2020 [internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en:

- [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1795/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/)
- (9) Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Prevenir el embarazo en niñas y adolescentes y reducir las muertes maternas [internet]. Lima, Perú: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza [citado el 09 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-09-29/mclcp-cartilla-prevenciondelembarazoenadolescentes-2023-v33.pdf>
- (10) Bernardo S. Programa de habilidades sociales en un grupo de adolescentes pertenecientes a una institución educativa de Lima Metropolitana [tesis de internet] [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia: 2022 [citado el 08 de marzo del 2023]. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11947/Programa\\_BernardoArevalo\\_Sara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11947/Programa_BernardoArevalo_Sara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- (11) Soriano A. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la prevención de embarazos en adolescentes participantes del programa educativo en concepción Quezaltepeque, Chalatenango, Febrero a Septiembre De 2019. [Internet] [citado el 08 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147046>
- (12) Estupiñán A. Efectividad de las intervenciones en habilidades para la vida en la prevención de embarazos en adolescentes [internet] [citado en 08 de marzo del 2014] Disponible en : <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/bb708caf-3cc9-4d66-a1ab-9f0b522b3457/content>
- (13) Janampa S. Sasiga D. Habilidades sociales y actitudes preventivas frente al embarazo adolescente en estudiantes del 5to de secundaria colegio César Vallejo Huánuco 2023 [tesis en internet] Huánuco: 2023 [citado el 08 de marzo del 2023] Disponible en: [https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/9694/T023\\_76648293\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/9694/T023_76648293_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- (14) Inga E. Relación entre el nivel de habilidades sociales y la prevención de conductas de riesgo para la salud en los adolescentes de una institución pública del Callao, 2019. [tesis en internet] Lima: Universidad Mayor de San Marcos [citado el 08 de marzo del 2024]. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16840/Inga\\_m\\_e.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16840/Inga_m_e.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- (15) Alfaro S, Amaya K. Habilidades sociales y riesgo de embarazo en adolescentes de la institución educativa Nuestra Señora de Guadalupe [Tesis en Internet]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2020 [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5bfb03b0-80e2-458d-9ac5-62346682b7b0/content>
- (16) Cacho Z. Silva M. El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. [internet] [citado el 08 de marzo del 2024] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-29552019000200186](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552019000200186)
- (17) Rabanal C. Habilidades Sociales y embarazo adolescente. Institución Educativa Andrés Avelino Cáceres. Baños del Inca. Cajamarca.2020 [Tesis en internet]. [Cajamarca]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2021 [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4736/HABILIDAD%20SOCIALES%20Y%20EMBARAZO%20ADOLESCENTE.%20INSTITUCION%20EDUCATIVA%20ANDRES%20AVELINO%20CASERES.BA%C3%91OS%20DEL%20INCA.CAJAMARCA%202020.%2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (18) Sacaca L. Pilco R. Habilidades sociales en adolescentes de educación secundaria [Internet] [citado el 10 de julio del 2024]. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/download/43/39/61?inline=1#:~:text=Seg%C3%BAAn%20el%20MINSAs%20las%20habilidades,cambio%20saludable%20hacia%20la%20madurez.>
- (19) Dongi E, Cano A. Habilidades Sociales [internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://www.bemocion.mscbs.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia\\_habilidades\\_sociales.pdf](http://www.bemocion.mscbs.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_habilidades_sociales.pdf)
- (20) Lacunza B, Contini A. Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos [Internet] [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>
- (21) Caballo V. Asertividad: definiciones y dimensiones [internet]. España, Madrid. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://docplayer.es/51314055-Asertividad-definiciones-y-dimensiones.html>

- (22) Ayvar H. La autoestima y la asertividad en adolescente de educación secundaria de un colegio estatal y particular de un sector del distrito de Santa Anita. [internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2016\\_2/193.pdf](https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2016_2/193.pdf)
- (23) Habilidades y estrategias de comunicación en el proceso de mediación [Internet]. [Citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25661/1/Tema\\_7.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25661/1/Tema_7.pdf)
- (24) Martínez M. Psicología de la comunicación. [internet]. España, Barcelona. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30802/7/PsicologiaComunicaci%C3%B3nMMartinez\\_M.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30802/7/PsicologiaComunicaci%C3%B3nMMartinez_M.pdf)
- (25) Martínez M. Psicología de la comunicación. [internet]. España, Barcelona. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30802/7/PsicologiaComunicaci%C3%B3nMMartinez\\_M.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30802/7/PsicologiaComunicaci%C3%B3nMMartinez_M.pdf)
- (26) Schmidt V, Maglio A. La comunicación de adolescente con sus padres: Construcción y validación de una escala desde un enfoque mixto. [internet]. Argentina, Bueno Aires. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28420641011.pdf>
- (27) Autoestima [Internet]. [Citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://132.248.9.195/ptd2008/agosto/0630645/0630645\\_A5.pdf](http://132.248.9.195/ptd2008/agosto/0630645/0630645_A5.pdf)
- (28) Liderazgo y mercadeo. Autoestima [internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.dcne.ugto.mx/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Autoestima.pdf>
- (29) Díaz D, Fuentes I, Caridad N. Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas [Internet]. 2019 [citado el 30 de octubre de 2023]; 14(46): 98 – 103. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442018000400098](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000400098)
- (30) Ceballos G, Camargo K, Jiménez I. Nivel de Autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia) [internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]; 3 (1). Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100003)

- (31) Garcia J. La toma de decisiones [internet]. Psicoterapeutas Blog. 2014 [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/tomadeciones.htm>
- (32) Broche Y, Cruz D. Toma de decisiones en la adolescencia: entra la razón y la emoción. [internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.cienciacognitiva.org/files/2014-21.pdf>
- (33) Vargas E, Henao J. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. [internet]. Bogotá, Colombia. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810106.pdf>
- (34) Torres M. Las habilidades sociales. Un programa de intervención en Educación Secundaria Obligatoria [Tesis en Internet]. [España]: Universidad de Granada; 2014 [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://masteres.ugr.es/psicopedagogica/pages/info\\_academica/trabajo\\_fin\\_de\\_master/tfmhabilidades sociales/](https://masteres.ugr.es/psicopedagogica/pages/info_academica/trabajo_fin_de_master/tfmhabilidades sociales/)
- (35) Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/170\\_adolesc.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/170_adolesc.pdf)
- (36) Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes 2019. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5017.pdf>
- (37) Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- (38) Verano G. Adolescentes guía para padres y madres [internet]. [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf>
- (39) Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País [internet]. Lima, Perú: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza [citado el 30 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta\\_embarazo\\_en\\_adolescentes\\_aumento\\_junio\\_2018.pdf](https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf)
- (40) Piscoya J, Principios éticos en la investigación biomédica [internet]. [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/SPMI%202018-4%20159-164.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 01



## ENCUESTA SOBRE HABILIDADES SOCIALES Y EMBARAZO ADOLESCENTE



Buen día mi nombre es Lorena Jackeline Guevara Centurión, soy bachiller de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, en esta oportunidad estoy realizando un trabajo de investigación sobre las habilidades sociales de adolescentes embarazadas y no embarazadas; motivo por el cual solicito su colaboración para llenar el cuestionario, asegurándole que son confidenciales y serán empleados únicamente para la investigación.

### I. DATOS DEL ADOLESCENTE

Marque con una "X" la respuesta con la que más se identifica:

#### 1. EDAD

15 A 17 ( )

18 A 19 ( )

#### 2. OCUPACIÓN

Abandono los estudios y se dedica a su casa ( )

Estudia ( )

Estudia y trabaja ( )

Trabaja ( )

#### 3. AÑO DE ESTUDIOS

Sin instrucción ( )

1° de secundaria ( )

2° de secundaria ( )

3° de secundaria ( )

4° de secundaria ( )

5° de secundaria ( )

Superior ( )

#### 4. ¿ALGUNA VEZ ESTUVO EMBARAZADA?

(SI) (NO)

#### 5. ¿ACTUALMENTE ESTÁ EMBARAZADA?

(SI) (NO)

#### 6. ¿CUÁNTOS MESES DE EMBARAZO TIENE?

No estoy embarazada ( )

De 1 a 3 meses ( )

De 4 a 6 meses ( )

De 7 a 9 meses ( )

## II. HABILIDADES SOCIALES

### INSTRUCCIONES

A continuación, encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios.

**N = NUNCA RV = RARA VEZ AV = A VECES AM= A MENUDO S = SIEMPRE**

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

HABILIDADES	N	RV	AV	AM	S	PUNT AJE
1 Prefiero mantenerme callado (a)	5	4	3	2	1	
2 Si un amigo(a) habla mal de mi persona le insulto	5	4	3	2	1	
3 Si necesito ayuda le pido de buena manera	1	2	3	4	5	
4 Si un amigo (a) se saca buena nota en el examen no le felicito	5	4	3	2	1	
5 Agradezco cuando alguien me ayuda	1	2	3	4	5	
6 Me acerco abrazar a mi amigo (a) cuando cumple años	1	2	3	4	5	
7 Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura	1	2	3	4	5	
8 Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa	5	4	3	2	1	
9 Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada	1	2	3	4	5	
10 Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado	1	2	3	4	5	
11 Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola	5	4	3	2	1	
12 No hago caso cuando mis amigos me presionan para consumir alcohol	1	2	3	4	5	
13 Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla	5	4	3	2	1	
14 Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen	1	2	3	4	5	
15 Miro a los ojos cuando alguien me habla	1	2	3	4	5	
16 No pregunto a las personas si me he dejado entender	5	4	3	2	1	
17 Me dejo entender con facilidad cuando hablo	1	2	3	4	5	
18 Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y entiendan mejor	1	2	3	4	5	
19 Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias	5	4	3	2	1	
20 Si estoy "nervioso (a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos	1	2	3	4	5	
21 Antes de opinar ordeno mis ideas con calma	1	2	3	4	5	
22 Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud	1	2	3	4	5	
23 No me siento contento con mi aspecto físico	5	4	3	2	1	
24 Me gusta verme arreglado (a)	1	2	3	4	5	
25 Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a)	1	2	3	4	5	
26 Me da vergüenza felicitar a un amigo (a) cuando realiza algo bueno	5	4	3	2	1	
27 Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas	1	2	3	4	5	
28 Puedo hablar sobre mis temores	1	2	3	4	5	
29 Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera	5	4	3	2	1	
30 Comparto mi alegría con mis amigos (as)	1	2	3	4	5	
31 Me esfuerzo para ser mejor estudiante	1	2	3	4	5	
32 Puedo guardar los secretos de mis amigos (as)	1	2	3	4	5	
33 Rechazo hacer las tareas de la casa	5	4	3	2	1	
34 Pienso en varias soluciones frente a un problema	1	2	3	4	5	
35 Dejo que otros decidan por mi cuando no puedo solucionar un problema	5	4	3	2	1	
36 Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones	1	2	3	4	5	
37 Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas	5	4	3	2	1	
38 Hago planes para mis vacaciones	1	2	3	4	5	

39 Realizo cosas positivas que me ayudaran en mi futuro	1	2	3	4	5
40 Me cuesta decir no por miedo a ser criticado	5	4	3	2	1
41 Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos (as) están equivocados (as)	1	2	3	4	5
42 Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y venganza a los insultos	1	2	3	4	5

Fuente: MINSA

## ANEXO 02

### CUADRO DE ÁREA Y DE ITEMS DE LAS HABILIDADES SOCIALES

ÁREAS DE LISTA DE	ITEMS
ASERTIVIDAD	1 AL 12
COMUNICACIÓN	13 AL 21
AUTOESTIMA	22 AL 33
TOMA DE DECISIONES	34 AL 42

## ANEXO 03

### CATEGORÍAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO DE ASERTIVIDAD	PUNTAJE DIRECTO DE COMUNICACIÓN	PUNTAJE DIRECTO DE AUTOESTIMA	PUNTAJE DIRECTO DE TOMA DE DECISIONES	TOTAL
MUY BAJO	0 AL 20	MENOR A 19	MENOR A 21	MENOR A 16	MENOR A 88
BAJO	20 A 32	19 A 24	21 A 34	16 A 24	88 A 126
PROMEDIO BAJO	33 A 38	25 A 29	35 A 41	25 A 29	127 A 141
PROMEDIO	39 A 41	30 A 32	42 A 46	30 A 33	142 A 151
PROMEDIO ALTO	42 A 44	33 A 35	47 A 50	34 A 36	152 A 161
ALTO	45 A 49	36 A 39	51 A 54	37 A 40	162 A 173
MUY ALTO	50 A MÁS	40 A MÁS	55 A MÁS	41 A MÁS	174 A MÁS

#### Pasos para la calificación e interpretación del listado de habilidades sociales (HHSS)

1. Calificar las respuestas del adolescente comparando con la clave de respuestas.

2. Sumar las puntuaciones del número 1 al 12 correspondiente al área de asertividad. Luego las preguntas del 13 al 21, que corresponden al área de comunicación. Las preguntas 22 hasta la 33 que corresponden al área de autoestima y del 34 al 42 que corresponden al área Toma de Decisiones.
3. Los puntajes obtenidos de cada área son llevados al cuadro de categorías de las HHSS.
4. Elaborar el perfil de diagnóstico de las HHSS.
5. La interpretación es la siguiente:
  - \* Los puntajes que se ubiquen en la categoría de promedio en la suma total de las áreas corresponden a personas que requieren consolidar e incrementar sus habilidades sociales.
  - \* Los puntajes que se ubiquen en la categoría promedio alto en la suma total serán consideradas como personas con adecuadas habilidades sociales.
  - \* Los puntajes que se ubiquen en la categoría Alto y Muy Alto serán consideradas como personas competentes en las habilidades sociales.
  - \* Por el contrario las personas que se ubiquen en la categoría promedio Bajo, serán calificadas como personas con habilidades sociales muy básicas y que requieren de un mayor incremento y reforzamiento para una mayor competencia.
  - \* Y por último los que se ubiquen en la categoría Bajo y Muy Bajo, serán consideradas como personas con déficit de habilidades sociales (autoestima, comunicación, asertividad y toma de decisiones) lo cual lo puede situar como un/na adolescente en riesgo.

Fuente: MINSA 2005

## ANEXO 04



“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO”



### SOLICITO: PERMISO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTA

**DR. JUAN VICTOR VALENCIA HIPOLITO**  
**JEFE DEL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR**

Yo, **Lorena Jackeline Guevara Centurión**, con **DNI N° 73885503**, domiciliado en Pasaje San Mateo S/N, en el departamento de Cajamarca, actualmente bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto, me presento y expongo.

Que, por ser de vital importancia para mi proyecto de investigación, titulado: **EMBARAZO Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR. CAJAMARCA, 2024**. Teniendo como asesora a la M. Cs. Obsta. Jane Del Rosario Julián Castro, me conceda el permiso necesario para aplicar las encuestas a las adolescentes embarazadas y no embarazadas que acuden a dicho nosocomio.

#### **POR LO EXPUESTO:**

Seguro de contar con su total apoyo para lo solicitado, me despido no sin antes agradecerle su acto de buena fe para conmigo.

Pido a usted acceder a dicha petición por ser de justicia.

Cajamarca, .....del 2024

---

**Lorena Jackeline Guevara Centurión**  
**Bachiller en Obstetricia**  
**DNI: 73885503**



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"



**SOLICITO: PERMISO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTA**

**DR. JUAN VICTOR VALENCIA HIPOLITO**  
**JEFE DEL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR**

Yo, Lorena Jackeline Guevara Centurión, con DNI N° 73885503, domiciliado en Pasaje San Mateo S/N, en el departamento de Cajamarca, actualmente bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto, me presento y expongo.

Que, por ser de vital importancia para mi proyecto de investigación, titulado: **EMBARAZO Y HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR, CAJAMARCA, 2024.** Teniendo como asesora a la M. Cs. Obsta. Jane Del Rosario Julián Castro, me conceda el permiso necesario para aplicar las encuestas a las adolescentes embarazadas y no embarazadas que acuden a dicho nosocomio.

**POR LO EXPUESTO:**

Seguro de contar con su total apoyo para lo solicitado, me despido no sin antes agradecerle su acto de buena fe para conmigo.

Pido a usted acceder a dicha petición por ser de justicia.

Cajamarca, 04 de abril del 2024

Lorena Jackeline Guevara Centurión  
Bachiller en Obstetricia  
DNI: 73885503

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	
HOSPITAL II-E SIMÓN BOLIVAR	
OFICINA DE SECRETARÍA	
FECHA	04-04-24
HCRA	01:59 am
FIRMA	<i>[Handwritten Signature]</i> (57)



**GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA**  
**RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA**



**"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"**

Exp. MAD N° 9904238

Cajamarca, 06 de mayo 2024

**CARTA N°115-2024-GR.CAJDRSC-REDCAJDD/DGDRRH**

Señorita,

Lorena Jacqueline Guevara Centurion  
 Dirección: Paj. San Mateo S/N  
 Celular: 960124811

Presenta -

ASUNTO : SOLICITUD DE PERMISO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN  
 REFERENCIA : OFICIO N°445-2024-GR.CAJDRSC/RED.CAJINH-E.SBRR.HH - MAD N°9405428

De mi consideración

Por medio del presente, tengo a bien dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez, en atención al documento de la referencia, comunicarle que es **PROCEDENTE** atender su solicitud, asimismo se le informa que se ha puesto de conocimiento al Director del Hospital I-E Simón Bolívar, para que pueda realizar su tesis a través del análisis de documentos y la técnica de la encuesta, haciendo uso del cuestionario midiendo la "Embarazo y Habilidades Sociales en adolescentes que asisten al Hospital I-E Simón Bolívar, 2024", por lo que, según las actividades programadas como investigador, se le agradecerá que tenga en consideración la NTS N° 135-MINSA/2018/DGAP, además de acercarse al Hospital I-E Simón Bolívar para realizar las coordinaciones previas al acceso y firma de la **DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y/O EQUIPO DE INVESTIGACIÓN**.

Sin otro particular, agradeciendo su comprensión, y pronta atención, es propicia la oportunidad para renovarles las muestras de mi consideración.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA  
 CLAYTON HERNÁNDEZ CARRERA  
 DUEÑO TITULAR  
 DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y SERVICIOS DE SALUD

Recibido

02/05/24

73885503

CRACH/Seco  
 C.C. Ardito  
 Folios ( 01 )