





CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH AND LIFE SATISFACTION OF PREGNANT TEENAGERS

 Yennys Benavente Sánchez¹  Oscar Sánchez Ramos¹  Olivia Alarcón Soto¹
 Norelis Mendoza²

¹Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja “Daniel Hernández Morillo”, Perú.

²Universidad del Bío-Bío, Chile.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido: mayo 2022

Arbitrado por pares

Aceptado: julio 2022

Para citar este artículo:

Benavente Y, Sánchez O, Alarcón O, Mendoza N. Calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción con la vida de las adolescentes embarazadas. Rev. Cient. Cienc. Salud. 2022; 1(1):

Correspondencia:

Dra. Yennys Benavente Sánchez
yennysbenavente@unat.edu.pe



RESUMEN

El objetivo fue validar las escalas SF-36 de calidad de vida y la satisfacción con la vida de Diener en una muestra, conformada por 746 adolescentes embarazadas. Las correlaciones existentes de las escalas calidad de vida y satisfacción con la vida, fueron 0.83 y 0.89. Los criterios psicométricos determinaron que la fiabilidad de las escalas, a través del alfa de Cronbach fue aceptable, indicando una consistencia interna entre moderada y alta. El análisis de componente principal, mostró un único factor que explicaba el 63.55 % de la varianza. La satisfacción con la vida de las adolescentes embarazadas fue próxima a una satisfacción plena, no determinada por las variables estudiadas; sin embargo, se encuentra influenciada por edad gestacional, ocupación, grado de instrucción y estado civil. Se concluye que, el embarazo no es un factor que afectó la calidad de vida en su totalidad de las adolescentes y hubo una relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la satisfacción con la vida.

Palabras clave: Calidad de vida, satisfacción, adolescencia, embarazo.

ABSTRACT

The objective was to validate the SF-36 quality of life scales and Diener's satisfaction with life in a sample made up of 746 pregnant adolescents. The existing correlations of the life quality and life satisfaction scales were 0.83 and 0.89. The psychometric criteria determined that the reliability of the scales, through Cronbach's alpha, was acceptable, indicating an internal consistency between moderate and high. Principal component analysis showed a single factor that explained 63.55 % of the variance. Life satisfaction of pregnant adolescents was close to full satisfaction, not determined by the variables studied; however, it is influenced by gestational age, occupation, educational level and marital status. It is concluded that pregnancy

is not a factor that affected the quality of life in its entirety of adolescents and there was a relationship between quality of life related to health and satisfaction with life.

Keywords: Quality of life, satisfaction, adolescence, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa que se caracteriza por una conciencia de salud y cuidado más marcada por parte de las futuras madres; por ello, cambian incluso radicalmente su estilo de vida, de manera que se realizan modificaciones en el comportamiento, generadores de salud (1).

Las tasas de embarazo adolescente son preocupantes porque ha sido un aumento de 78 % en los partos de los adolescentes entre 10 y 14 años, y un 11 % para entre los 15 y 19, en los últimos 10 años. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta en el mundo, sólo sobrepasada por la de África subsahariana (2).

Mientras la tasa de embarazo adolescente por el mundo se sitúa en 46 nacimientos por 1.000 jóvenes en el Caribe y América Latina, se estima una tasa de 66.5 nacimientos entre 15 a 19 años. Además, es la única región del mundo con una tendencia alcista en las tasas de fecundidad entre niñas menores de 15 años (3).

Según el informe de 2018, divulgado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), América Latina y el Caribe siguen ocupando el segundo lugar

de las tasas más altas en el mundo de embarazo a temprana edad. Según los cálculos de estas organizaciones, el 15 % de todos los embarazos reportados en dicha región ocurren en adolescentes con una edad biológica menor a los 20 años: dos millones de los nacimientos provienen de madres con un intervalo de edades entre los 15 y 19 años, siendo Bolivia y Venezuela los países con las tasas más elevadas de América del Sur (4).

El embarazo en la adolescencia, entre 15 y 19 años, es un problema vigente en los sistemas de salud alrededor del mundo. Las adolescentes embarazadas en América Latina, provienen en su mayoría de contextos con alta desigualdad social, pobreza, insuficiente educación sexual, disfuncionalidad y violencia familiar, inequidades en el acceso a servicios de salud sexual reproductiva y víctimas de abuso sexual, entre otras. Además, se caracterizan por presentar baja escolaridad, consumo de alcohol y otras drogas, inicio temprano de las relaciones sexuales, no uso de métodos de planificación familiar, ausencia de recursos psicológicos, desconocimiento sobre sexualidad, baja autoestima, deserción escolar y baja calidad de vida (5).

En la adolescente, el embarazo obliga a la reestructuración de las funciones de los miembros de la familia, pues se crean nuevas necesidades en torno a este binomio (madre-hijo), lo cual requiere la movilización

del sistema para encontrar homeostasis familiar ante el posible rechazo, la sorpresa y la frustración (5).

Las modificaciones hormonales que tienen lugar durante toda la gestación van a influir en las emociones, justificando; así que, los cambios emocionales y psicológicos durante el embarazo son completamente normales; sin embargo, de suma importancia atender la esfera emocional y psicológica en general durante esta etapa, para prevenir consecuencias adversas sobre su salud y bienestar y fomentar una mejor calidad de vida en las mujeres embarazadas (1).

La calidad de vida es un constructo complejo, la cual se considera como la confluencia entre condiciones de vida y satisfacción con la vida, fuertemente influenciadas por los procesos cognitivos que intervienen en su evaluación y, puede también definirse como la suma entre las condiciones de vida, la satisfacción con la vida y el sistema de valores en el que se vive (5).

Guevara-Beltrán – Guevara (6), determinaron la relación entre las variables de modos de afrontamiento al estrés y calidad de vida en 350 adolescentes gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Se aplicó el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE y la escala de calidad de vida validados para el Perú. No se encontró asociación entre los modos de afrontamiento y la calidad de vida; se concluyó que 38.3 %, alcanzó un nivel de calidad de vida óptimo y las dimensiones con mayor puntuación fueron medios de comunicación, vida familiar y familia extensa.

El concepto de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), refiere a una percepción subjetiva de la capacidad para realizar aquellas funciones que son importantes para el individuo, influenciando por supuesto por su estado de salud. La percepción de la CVRS desde el punto de vista de los adolescentes, constituye un aporte fundamental, ya que es un período en el cual se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad a factores, tanto protectores como de riesgo (7).

La satisfacción con la vida, es una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas. Además, es un constructo controvertido en sí mismo que resulta más complejo al ubicarlo en el ámbito de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (8).

El objetivo fue validar las escalas SF-36 de calidad de vida y la satisfacción con la vida de Diener en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años, quienes acudieron a la consulta prenatal del ambulatorio Urbano tipo II del sector Belén, municipio Libertador de la ciudad de Mérida - Venezuela.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es una investigación de campo, de naturaleza descriptiva exploratoria, de corte transversal. La población fue 4073 adolescentes embarazadas de la ciudad Mérida, Venezuela, que acudieron a los centros de salud de acuerdo a los datos obtenidos del Sistema de Información en salud del modelo de atención integral. La muestra estuvo conformada por 1450 entre 10 y 21 años.

Técnicas

Se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-36 y la escala de satisfacción con la vida de Diener. Para validar los cuestionarios se realizó una prueba piloto con 15 jóvenes con las mismas características; sin embargo, no formaron parte de la muestra final.

Cuestionario de Salud SF-36 o Medical Outcome Study SF-36

A través de este instrumento se puede obtener una medida confiable y válida sobre la percepción de la salud de los evaluados. Es autoadministrado. Cuenta con 36 ítems agrupados en ocho dimensiones, las cuales abarcan los temas frecuentemente incluidos en las encuestas de salud más utilizadas; evalúa la función física considerada como las limitaciones para realizar actividades físicas; la función social entendida como las dificultades en la interacción social producto de problemas emocionales o físicos; el dolor corporal que mide la intensidad del dolor y el efecto que este tiene en el desenvolvimiento cotidiano; el rol emocional que se refiere a las dificultades en actividades cotidianas por problemas emocionales y la salud mental; además, mide la vitalidad que hace referencia a la sensación de energía y vitalidad en contraste con sensaciones de cansancio, desánimo; el rol físico que se refiere a las dificultades en actividades cotidianas por problemas físicos; la salud general que es la valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y las resistencias a enfermar; y para concluir, mide también la percepción del cambio de salud en el tiempo (9).

Los puntajes por escala se transforman en una puntuación de 0 a 100 mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Escala transformada} = \left[\frac{\text{puntaje obtenido} - \text{puntaje más bajo posible}}{\text{rango posible}} \right] \times 100$$

Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

La consistencia interna de la escala se determinó con el coeficiente alfa de Cronbach. Para la fiabilidad interevaluador se usó el coeficiente de correlación intraclase (CCI). El valor de comparación del coeficiente fue de 0.70 recomendado por los autores y por la teoría psicométrica. Para evaluar la fiabilidad test-retest se calculó el CCI para cada escala.

Escala de Satisfacción con la vida de Diener

Es un instrumento breve de cinco elementos, entre las dimensiones que abarca se encuentran los logros en función de lo planificado para su vida, deseo de cambiarla, satisfacción con la vida actual; así como, con el pasado y aceptación de su vida tal y como la ha vivido hasta ahora. La escala consta de cinco preguntas con alternativas de respuesta múltiple con la escala tipo Likert que oscila entre 1 como “muy en desacuerdo” y 7 como “muy de acuerdo”, con puntuaciones entre 5 y 35, y que evalúa la satisfacción general que tiene el individuo con su vida, entendiendo que mayor puntuación refleja mayor satisfacción. Los resultados de la puntuación se categorizan en: muy satisfecho [31-35]; satisfecho [26-30]; un poco satisfecho [21-25]; neutral [20]; un poco insatisfecho [15-19]; insatisfecho [10-14] y muy insatisfecho [5-9] (10).

Validez psicométrica

Una vez obtenida la versión adaptada, se comprobó sus propiedades psicométricas para confirmar que la nueva versión mide los mismos constructos que la original. Es necesario identificar si cuentan con algunas características de calidad y que a su vez permita conocer el nivel de desarrollo del instrumento.

Existen criterios psicométricos de calidad como la validez, fiabilidad, sensibilidad al cambio que deben aplicarse a la hora de hacer uso de los cuestionarios de salud otros autores incluyen, tomar en cuenta aspectos relacionados con la utilidad, variabilidad, distribución de las respuestas, carga de administración, interpretabilidad de las puntuaciones.

Consideraciones bioéticas

Previamente se explicó a todas las participantes el objetivo de la investigación, garantizándoles el tratamiento confidencial y anónimo de los datos suministrados, los cuales serán anónimos, de igual manera se les indicará que la información recolectada no dará lugar a la emisión de juicios de valor por parte del equipo investigador y, posteriormente, se solicitó el consentimiento informado.

Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 25 para Windows.

RESULTADOS

El promedio de edad gestacional fue de 27.9 semanas con una desviación estándar de 8.1; la media de edad cronológica es de 17.2 años con una desviación estándar de 2.0.

Con respecto al grado de instrucción, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$), el mayor porcentaje de ellas solo tiene el bachillerato completo (54.2 %), solo un 0.9 y 74 % han avanzado a un nivel superior y apenas 2.4 %, ya ha culminado la universidad.

También hubo diferencias estadísticamente significativas en el estado civil y ocupación, ambas con $p < 0.001$. Con respecto al estado civil, 54.2 % eran solteras; menos de la mitad eran estudiantes y amas de casa (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de la muestra de adolescentes embarazadas del Municipio Libertador del Estado Mérida

Variable		n	%
Edad gestacional (Semanas)	Primer trimestre	33	4.4
	Segundo trimestre	231	31
	Tercer trimestre	482	64.6
Edad cronológica	10 a 14 años	63	8.4
	15 a 19 años	568	76.1
	20 a 21 años	115	15.4
Grado de instrucción	Analfabeto	15	2
	Básico incompleto	3	0.4
	Básico completo	123	16.5
	Bachillerato incompleto	121	16.2
	Bachillerato completo	404	54.2
	Técnico superior completo	7	0.9
	Universitario incompleto	55	7.4
	Universitario completo	18	2.4
Estado civil	Soltera	404	54.2
	Soltera con pareja	109	14.6
	Casada	233	31.2
Profesión	Empleada	18	2.4
	Ama de casa	313	42
	Comerciante	74	9.9
	Estudiante	329	44.1
	Profesional	12	1.9

En la Tabla 2, se presentan los estadísticos descriptivos de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36. El promedio más elevado en las puntuaciones se observó en la dimensión de salud general, dolor corporal y función social; asimismo, la mediana, superó la puntuación de 50, lo que indica que el conjunto de distribución se

concentra en valores altos de cada dimensión.

La puntuación máxima fue 31.6 % y la mínima fue menor del 5 %, indicando que en esta muestra este instrumento permitió determinar tanto el empeoramiento como mejora del estado de salud.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del SF-36V

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Media (DE)	63.9 (27.4)	63.3 (27.6)	68.0 (28.1)	67.7 (15.7)	60.0 (14.6)	69.0 (20.2)	64.1 (27.9)	62.5 (18.6)
Mediana	55.0	62.5	74.0	67.0	56.2	62.5	58.3	55.0
% puntuación mínima	2.1	3.1	0.7	0.1	0.1	0.5	2.0	0.1
% puntuación máxima	22	22.8	31.6	2.5	2.8	15.1	26.3	5.4

Tabla 3. Coeficiente alfa de Cronbach de las dimensiones del cuestionario SF-36 venezolano vs Estados Unidos

Dimensión	Alfa de Cronbach	
	Estados Unidos	Adolescentes embarazadas
Función física	0.94	0.93
Rol físico	0.95	0.93
Dolor corporal	0.86	0.93
Salud General	0.84	0.69
Vitalidad	0.87	0.70
Función social	0.87	0.64
Rol emocional	0.93	0.92
Salud mental	0.86	0.73

Los valores de la consistencia interna (alfa de Cronbach) en la mayoría de los casos en ambas poblaciones se situaron por encima del umbral de 0.70, señalado como el estándar para realizar comparaciones de grupos. Las puntuaciones muestran valores

similares en las dimensiones de función física y rol emocional; sin embargo, en las dimensiones de dolor corporal, salud general, función social y salud mental respectivamente, se observan diferencias entre ambos cuestionarios.

Tabla 4. Análisis de componentes principales

Componentes	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% Varianza	% Acumulado	Total	% Varianza	% Acumulado
1	3.80	47.55	47.55	3.80	47.55	63.55
2	1.28	16.00	63.55	1.28	16.00	
3	0.84	10.47	74.02			
4	0.65	8.16	82.18			
5	0.56	6.97	89.14			
6	0.40	5.05	94.20			
7	0.28	3.54	97.74			
8	0.18	2.26	100.00			

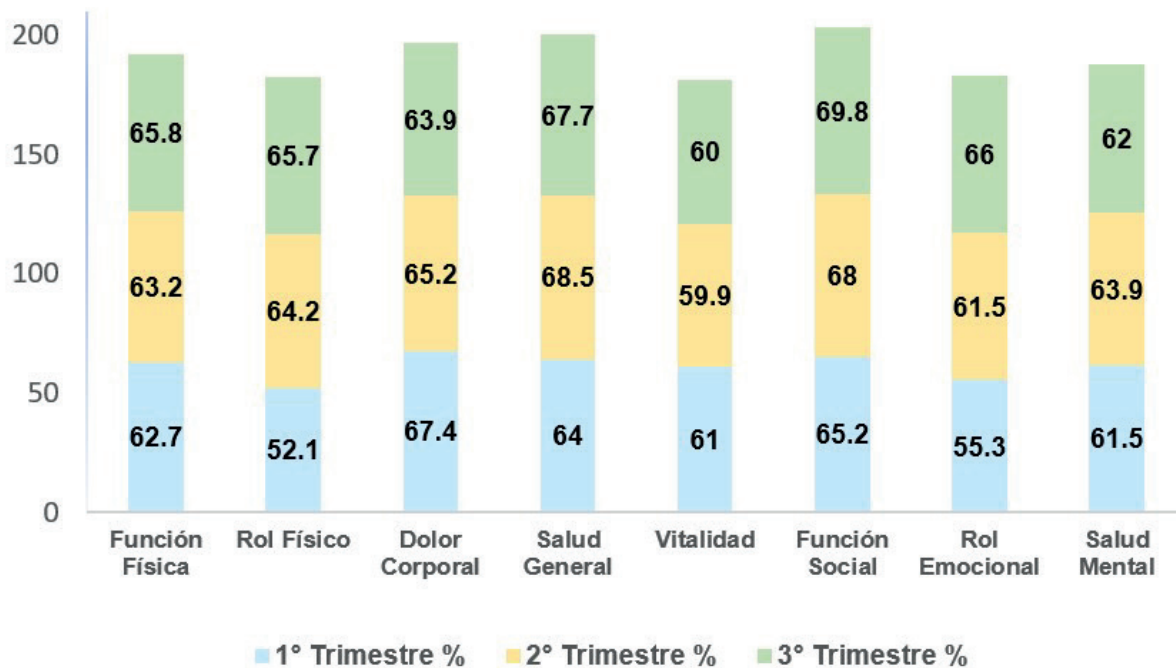
Tabla 5. Correlaciones entre los componentes rotados principales de las escalas del SF-36 de Venezuela y Estados Unidos

Dimensión	Venezuela		Estados Unidos	
	Componente Física	Componente mental	Componente física	Componente mental
Función física	0.71	0.28	0.85	0.12
Rol físico	0.89	0.12	0.81	0.27
Dolor corporal	0.79	0.29	0.76	0.28
Salud general	0.63	0.42	0.69	0.37
Vitalidad	0.11	0.85	0.47	0.64
Función social	0.52	0.64	0.42	0.67
Rol emocional	0.12	0.87	0.17	0.78
Salud mental	0.20	0.83	0.17	0.87

En la Tabla 5, se reportan las correlaciones de los componentes del SF-36 adaptado en Venezuela con los de Estados Unidos; en cada uno de ellos el componente físico se correlaciona fuertemente con las

dimensiones función física, rol físico, dolor corporal y salud general; y el componente mental correlaciona de forma alta con vitalidad, rol emocional, salud mental y función social.

Figura 1. Valoración de las adolescentes embarazadas con relación a la encuesta Calidad de vida SF-36, según trimestre de embarazo



Los mayores porcentajes de valoración se observaron en el tercer trimestre, siendo ligeramente superior que los anteriores.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los ítems y de la puntuación final de la Escala de Satisfacción con la Vida

	Min - Max	Venezuela		España	
		X	DE	X	DE
Logros en función de lo planificado	1-5	3.78	0.91	3.73	0.89
Deseos de cambiar la vida	1-5	3.84	0.93	3.86	0.83
Satisfacción con la vida actual	1-5	4.01	0.85	4.16	0.86
Satisfacción con el pasado vivido	1-5	3.82	0.95	4.08	0.95
Aceptación de su vida tal y como la ha vivido	1-5	3.75	1.03	3.72	1.03
Escala de Satisfacción con la Vida	5-25	19.20	4.67	19.55	4.56

Las puntuaciones medias de las cinco dimensiones entre las dos escalas de ambos países, presentan valores semejantes.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de escala satisfacción con la vida de Diener según trimestre de embarazo

	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer Trimestre	
	<i>X</i>	DE	<i>X</i>	DE	<i>X</i>	DE
	Logros en función de lo planificado	3.21	1.02	3.79	0.93	3.82
Deseos de cambiar la vida	3.21	1.02	3.82	0.95	3.89	0.90
Satisfacción con la vida actual	3.82	1.01	4.10	0.90	3,98	0.82
Satisfacción con el pasado vivido	3.45	1.15	3.87	0.95	3.83	0.94
Aceptación de su vida tal y como la ha vivido	3.36	1.25	3.74	1.08	3.77	0.99
Escala de Satisfacción con la Vida	17.05	5.43	19.32	4.79	19.29	4.52

ANOVA: $p > 0.05$

La Tabla 7, evidencia los estadísticos descriptivos de las dimensiones de escala satisfacción con la vida de Diener según trimestre de embarazo; observándose que los valores promedios del segundo y tercer trimestre son similares y superiores al primer trimestre, sin diferencia significativa.

La Tabla 8, muestra las correlaciones y el alfa de Cronbach corregido entre la escala española y venezolana. La consistencia interna se determinó a través del coeficiente alfa de Cronbach, con un valor de 0.85. Se mostraron valores elevados en todos los ítem-test, y los valores alfa corregidos obtenidos fueron aceptables y similares entre ellos. Al comparar con el estudio español,

este presenta cifras más altas, en la correlación ítem-test en todas las dimensiones, al igual que en el alfa corregido.

Tabla 8. Correlaciones ítem-test y coeficientes alfa de Cronbach corregidos de la escala de Satisfacción con la vida en Venezuela y España

Escala	Venezuela		España	
	Correlación ítem-test	Alfa corregido	Correlación ítem-test	Alfa corregido
Logros en función de lo planificado	0.77	0.80	0.57	0.79
Deseos de cambiar la vida	0.80	0.79	0.65	0.78
Satisfacción con la vida actual	0.73	0.80	0.65	0.78
Satisfacción con el pasado vivido	0.79	0.80	0.69	0.78
Aceptación de su vida tal y como la ha vivido	0.74	0.79	0.64	0.79

En la Tabla 9, se observa que la dimensión el “deseo de cambiar la vida” fue el factor predominante, mientras que en la escala española fue la “satisfacción con la vida actual”.

Tabla 9. Análisis de componentes principales de las dimensiones de la escala Satisfacción con la vida (Venezuela y España)

	Venezuela	España
	Componente 1	Componente 1
Deseos de cambiar la vida	0.83	0.78
Satisfacción con el pasado vivido	0.82	0.78
Satisfacción con la vida actual	0.80	0.79
Logros en función de lo planificado	0.78	0.73
Aceptación de su vida tal y como la ha vivido	0.70	0.74

Tabla 10. Prevalencia del ítem “De acuerdo” de escala de satisfacción con la vida de las adolescentes embarazadas según edad gestacional

	Escala	Primer trimestre (n = 33)	Segundo trimestre (n = 231)	Tercer trimestre (n = 482)	X ²	p
El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	De acuerdo	36.4	51.1	53.9	19.02	0.02
Las condiciones de mi vida son excelentes	De acuerdo	39.4	46.3	55.6	24.35	0.00
Estoy satisfecho con mi vida	De acuerdo	33.3	44.2	53.5	19.5	0.01
Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	De acuerdo	45.5	44.6	52.9	13.48	0.10
Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual	De acuerdo	18.2	39.0	49.0	26.66	0.00

El ítem “de acuerdo” fue la respuesta más prevalente de todas las embarazadas con diferencias significativas en todas las dimensiones de la escala, a excepción de “hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida”.

DISCUSIÓN

La adolescencia es la etapa que sucede entre la niñez y la adultez, un período caracterizado por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. El embarazo durante esta fase hay que observarlo como un fenómeno social y cultural sumamente complejo, lleno de símbolos y significados en torno a la sexualidad, a la maternidad, a la identidad de género, a las relaciones sociales, a las redes de apoyo comunales, entre otros, que lo hacen muy diferente al de la mujer adulta (11).

Las participantes del estudio procedían de una zona urbana venezolana con características sociodemográficas similares. Los datos de la muestra en los aspectos de escolaridad y edad fueron diferentes a los reportados por Saavedra (13), en 162 adolescentes embarazadas mexicanas entre 13 y 18 años, con predominio de la primaria incompleta (48.8 %) y similares a este mismo estudio en cuanto al estado civil, que más de la mitad eran solteras.

La esencia de este concepto, CVRS, está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, aspiraciones, necesidades, satisfacciones, su contexto social y cultural e historia personal (12).

La escala SF-36 identifica un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a personas enfermas como a la población general, por sus propiedades psicométricas, las adaptaciones transculturales y de idioma, detectar los beneficios en la salud producidos por diversos tratamientos, valorar el estado de salud de pacientes individuales, evaluar intervenciones terapéuticas, y validar nuevos instrumentos, entre otras ventajas, considerándose en uno de los instrumentos de CVRS con mayor potencial en el campo clínico, a pesar de que se le ha criticado el no incluir componentes importantes, como la función cognitiva, familiar o sexual (12).

En esta investigación, el SF-36 se adaptó de manera transcultural, para poder utilizarlo. Al usarlo, hubo un porcentaje de valores perdidos superior al 50 % en cada una de las escalas. Sólo es posible el cálculo de las escalas si al menos los encuestados responden a la mitad de los ítems de cada dimensión. Otra de las reglas fundamentales, es que un instrumento aplicado en el área de salud comunitaria sea viable, sin que haya barreras de comunicación (cuestión imprescindible que es necesario salvaguardar). La inexistencia de estas dos reglas constituyó los elementos fundamentales para decidir no continuar haciendo uso del SF-36 enviado por Estados Unidos. ello puede deberse bien a que es un grupo de jóvenes embarazadas, a la zona geográfica de donde provienen o bien a que el n de la muestra total de EE. UU. (1781) estuvo comprendido solo por 157 mujeres con edades de 18 a 24 años (14).

En las gestantes evaluadas con el SF, los puntajes de los componentes físico y mental fueron mayores que los resultados de la revisión de Cardona (12), los cuales fueron 52.7 y 54.1 %, respectivamente; sin embargo,

se concuerda con estudios que reportan que el componente físico es el que más se afecta y en la medida que avanza el embarazo, se produce mayor limitación en esta esfera, a menos que se implemente alguna intervención médica; mientras que para el mental, la OMS ha mostrado la importancia de impactar de manera simultánea la salud mental y la salud reproductiva, dado que la primera puede derivar en embarazos sin atención médica, abortos inseguros, enfermedades de transmisión sexual y complicaciones perinatales, entre otras, por la vulnerabilidad de la embarazada (12).

La fiabilidad del SF-36 aplicado, mediante el alfa de Cronbach, fue alta, similar a la mostrada en el estudio de Granda (15), por otra parte, al compararse con el estudio de Estados Unidos, a pesar de que se realizó en adolescentes de 14 a 18 años, se observaron que la función física, rol físico, dolor corporal y rol emocional, tuvieron coeficientes ≥ 0.90 ; valor que ha sido sugerido como el nivel de precisión necesario para poder utilizar las puntuaciones del cuestionario.

La satisfacción con la vida implica disponer de varios gratificantes que construyan o permitan construir una significación y simbolización de lo que se entiende como estar satisfecho con lo que se tiene y con lo que se vive (16). En lo que respecta a la escala de Satisfacción con la vida, la versión española utilizada en este estudio (17), presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias. Los valores promedios entre las dos escalas, son similares. Mientras que, los resultados de las correlaciones el alfa de Cronbach en ambas, evidencian que el instrumento tuvo un comportamiento aceptable en las adolescentes embarazadas venezolanas, es decir, la eliminación de cualquiera de ellos no mejora la consistencia interna; por el contrario, confirma su importancia dentro de la escala.

En cuanto a la validez de constructo, el análisis de componentes principales mostró la presencia de un único factor que explico el 58.6 % de la varianza; asimismo, Martell et al (16), en adolescentes mexicanos aplicaron esta escala, versión española de Atienza et al (18), mostrando también que la varianza total explicada fue 64.17 % con un solo factor. El alfa de Cronbach fue de 0.85 lo que evidencia que esta escala es un instrumento adecuado, para medir uno de los componentes del bienestar subjetivo, el cual resulta de gran interés para la etapa de la adolescencia donde existe una tendencia a presentarse situaciones de riesgo, tales como, drogadicción, conductas violentas, embarazos precoces, entre otros, las cuales han sido asociadas con una baja satisfacción con la vida (16).

CONCLUSIONES

- La versión de los instrumentos utilizados, posee buenas propiedades psicométricas.
- La fiabilidad de los cuestionarios de salud, mostraron valores alfa de Cronbach aceptables, en correspondencia a los estándares recomendados para todas las dimensiones de salud.
- Las adolescentes consideran que el embarazo no es un factor que afecte su calidad de vida en la totalidad, por lo que se sienten satisfechas con la vida que llevan hasta ahora y no requieren cambiar su situación para estar mejor.
- La satisfacción con la vida de las adolescentes embarazadas es buena, próxima a una satisfacción plena, la cual no la determina ninguna de las variables estudiadas; sin embargo se encuentra influida por la edad gestacional, la ocupación, el grado de

instrucción en lo relacionado de la aceptación con la vida y el estado civil en lo referente al logro de metas.

- Existe una relación alta entre la satisfacción con la vida y la CVRS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez J, Rodríguez L, Ramírez J, Villaverde C, Torres G, Gómez-Salgado J. Calidad de vida relacionada con la salud en una población de gestantes sanas tras un programa de actividad física en el medio acuático (PAFMAE). *Rev. Esp. Salud Publica.* 2017; 91: e 2 0 1 7 1 0 0 4 2 . http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100419&lng=es.
2. Howell K. Los Efectos Psicosociales que Producen el Embarazo en las Vidas de Madres Adolescentes en Quito, Ecuador. Colección de Proyectos de Estudio Independiente (ISP). 3428. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3428
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo. Estados Unidos; 2018. <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1#:~:text=L a%20tasa%20mundial%20de%20embarazo,y%20son%20s%C3%B3lo%20superadas%20por>
4. Corona J. Adolescencia y embarazo adolescente: una mirada desde la problemática social y de salud pública en Venezuela. *Rev Sex Soc.* 2021;

- 27(2): 181 - 197.
<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/587759>
5. Valcarcel C, Borbor J, Santiesteban Y. Calidad de vida de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. *Rev Cien Unemi*. 2018; 11(27): 87 - 96
<https://www.redalyc.org/journal/5826/582661256008/html/>
 6. Guevara-Beltrán N, Guevara E. Relación entre la calidad de vida y los modos de afrontamiento al estrés en adolescentes embarazadas que se atienden en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. *Rev Perú Investig Matern Perinat*. 2020; 9(1): 17 - 21.
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/185>
 7. Ceballos C, Villagra D, Macedo R. Calidad de vida relacionada con salud: percepciones diversas entre adolescentes hombres y mujeres. *Revista A-inter-venir*. 2017; 1:(9).
<http://editorial.unca.edu.ar/Publicacione%20on%20line/A-INTERVENIR%20ONLINE/PDF/N9%20VI/3-Calidad%20de%20vida.pdf>
 8. Cabañero J, Martínez R, Cabrero J, Orts I, Reig A, Tosal B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*. 2004; 16(3): 448 - 455.
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72716318.pdf>
 9. Araya-Marín N, Barrantes-Valverde K, Fernández-Castro M, Rodríguez-Rodríguez M, García-Castro J. Propiedades psicométricas del cuestionario de salud SF-36 en estudiantes universitarios de San Ramón, Alajuela - Sede Occidente, Universidad de Costa Rica. *InterSedes*, 2017; 38(18): 68-87.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/inter-sedes/article/view/32670>
 10. Vinaccia E, Parada N, Quiceno J, Riveros F, Vera A. Escala de satisfacción con la vida (SWLS): Análisis de validez, confiabilidad y baremos para estudiantes universitarios de Bogotá. *Psicogente*. 2019; 22(42): 1 - 20.
<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/3468>
 11. Urgilés S, Fernández N, Durán J. Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas. *Rev Killkana Soc*. 2018; 2 (1): 49 - 54.
https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killkana_social/article/view/87
 12. Cardona J, Román, F, Suárez V. Revisión sistemática sobre calidad de vida relacionada con la salud en gestantes 2008-2019. *Hechos Microbiol*. 2021; 12(1): 18 - 29.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/hm/article/view/343841>
 13. Saavedra A. Relación entre la calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas de la unidad Medico familiar 57 [Tesis]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2018.

14. Ware, J, Kosinski M, Dewey, J. How to score version 2 of the SF-36 Health Survey. Quality Metric; 2000.
15. Granda A. Análisis comparativo de síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud entre mujeres embarazadas con y sin antecedentes de aborto: caso área de salud N° 1 Inahurco, Ambato [Tesis]. Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador;2017
16. Martell J, García-Cadena C, Daniel-González L, Sánchez P, Mendoza A. Estructura factorial de la escala de satisfacción con la vida y validez convergente con la escala de calidad de vida en preparatorianos mexicanos. Rev Psi Cienc Comp Uni Acad de Cien Jurídicas y Sociales. 2018; 9(2): 30 – 45. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v9n2/2007-1833-rpcc-9-02-30.pdf>
17. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005; 19(2): 135 - 150. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111200500020007&lng=es.
18. Atienza F, Pons D, Balaguer I, García-Merita M.. Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida adolescente. Psicothema. 2000; 12(2), 314 - 319. <https://www.psicothema.com/pdf/296.pdf>