

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

“Título de la Tesis Nivel de Resiliencia en Gestantes Adolescentes y su Relación con la Adherencia al Control Prenatal. Hospital II Chochope ESSALUD. 2020.”

Línea de Investigación:
Salud Materna Perinatal

Autor (es) :

Obsta. Juárez Cueva Ilina Belú
Obsta. Uribe Gonzáles Yulia Nela

Jurado Evaluador:

Presidente: Goicochea, Lecca, Bethy Nelly

Secretario: Guerrero, Hurtado, Juana del Carmen

Vocal: Urtecho, Medina, Eggard

Asesor :

Vargas Gonzales Ruht

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6054-8252>

TRUJILLO – PERÚ 2021

Fecha de sustentación: 2021/11/25

DEDICATORIA

A Dios, por la bendición de la vida y mi familia.
A mi madre que es la inspiradora de fortaleza, y quien siempre me apoya en mis
proyectos.
A mi esposo e hija que son los motores de mi vida y quienes siempre están a mi
lado en todo momento.
Irina

A Dios por bendecirnos con la vida.
A mis padres Julio y Socorro por ser los principales promotores de mis sueños y
llenar de expectativas mi vida.
A mi esposo por creer en mí y ser el impulso en cada proyecto trazado.
A mis hijas Ana Belén y Camila quienes son la razón de mi vida para ser cada día
mejor profesional y persona.
Yulia

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Red La Libertad ESSALUD, por permitirnos la aplicación de nuestra investigación en favor de la salud reproductiva.

A nuestra asesora de Tesis Mg. Ruth Vargas Gonzales; por alentarnos, brindarnos sus conocimientos sobre el método científico y su apoyo incondicional durante toda la ejecución y desarrollo de la investigación.

A nuestro asesor interno institucional Dr. Carlos Rivera Espinola; jefe del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II CHOCOPE-ESSALUD, por cuidar los aspectos éticos de la investigación.

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de resiliencia y la adherencia al control prenatal en gestantes adolescentes, realizamos un estudio descriptivo, prospectivo, cuantitativo, de corte transversal y correlacional, en una población muestral de 33 gestantes adolescentes del tercer trimestre, a quienes se les aplicó la Escala de Resiliencia para adolescentes; así como una lista de cotejo de las actividades del control prenatal a fin de determinar su adherencia a éste. Para determinar la significancia estadística se utilizó la prueba de chi cuadrado, fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$. Se encontró que: El 48.5% de las gestantes adolescentes del Hospital II Chocope EsSalud presentaron nivel de resiliencia bajo, seguida del 36.4% con nivel medio y 15.2% con nivel alto. El 27.3% presentó adherencia al control pre natal y el 72.7% de gestantes adolescentes no presentaron adherencia al control pre natal. Al correlacionar las dos variables en estudio se halló que no guardan relación significativa el nivel de resiliencia y la adherencia al control prenatal en gestantes adolescentes.

Palabras clave (DeSC): Resiliencia, adolescencia, embarazo, control prenatal.

ABSTRACT

In order to determine the relationship between the level of resilience and adherence to prenatal care in pregnant adolescents, they carried out a descriptive, prospective, quantitative, cross-sectional and correlational study. They interviewed 33 third-trimester adolescent pregnant women who came to the Hospital II Chocope EsSalud for their pregnancy control between the months of August and December 2020, the Resilience Scale for adolescents was also applied to each of the pregnant women. a checklist of prenatal care activities to determine your adherence to it. To determine statistical significance, the chi square test was used, setting the level of significance at $P < 0.05$. It was found that: 48.5% of the adolescent pregnant women at Hospital II Chocope EsSalud had a low level of resilience, followed by 36.4% with a medium level and 15.2% with a high level. 27.3% of the adolescent pregnant women had adherence to prenatal care. Not finding a significant relationship between the level of resilience and adherence to prenatal care in pregnant adolescents.

Key words: Resilience, adolescence, pregnancy, prenatal control.

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Dando cumplimiento con las disposiciones del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, someto a vuestra consideración la tesis titulada: NIVEL DE RESILIENCIA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y SU RELACION CON LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD. 2020, luego de haber culminado mis estudios en esta casa superior, donde me formé profesionalmente para estar al servicio de la sociedad.

El presente trabajo realizado con el propósito de obtener el título de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia con Mención en Alto Riesgo Obstétrico es producto de una investigación ardua y constante con la finalidad de tener una visión más amplia de la problemática del embarazo adolescente, situación con gran repercusión en la salud física, social y mental de la adolescente y con gran riesgo para la salud de su recién nacido.

Atentamente,

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
PRESENTACIÓN	v
TABLA DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO DE REFERENCIA	6
III. METODOLOGÍA	17
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	24
VI. CONCLUSIONES	29
VII. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31
ANEXOS	40

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: NIVEL DE RESILIENCIA EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD. 2020.....	21
TABLA 2: ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD. 2020.....	21
TABLA 3: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE RESILIENCIA Y LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL II CHOCOPE. ESSALUD	22

I. INTRODUCCIÓN

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Descripción de la realidad problemática

La adolescencia establece una etapa de cambio durante el cual los adolescentes se transforman en adultos, ocurriendo una serie de cambios a nivel de su cuerpo, mente y espíritu; comprendiendo esta etapa desde la pubertad hasta los 19 años¹. Desde un tiempo atrás se observa que es durante esta etapa en que las adolescentes inician su vida sexual, con información deficiente sobre la sexualidad, lo que condiciona riesgo para la gestación a temprana edad².

Actualmente, a nivel mundial el embarazo adolescente se suele presentar en jovencitas aun con inmadurez física y mental; y en periodos adversos como los déficits nutricionales, co-morbilidad y en unos grupos familiares disfuncionales³.

Se describe al embarazo adolescente como una problemática puesto que no solo coloca en peligro la salud de la adolescente y el feto; sino trae consigo una enorme repercusión social que aleja la posibilidad de que la futura madre puede alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socio-económicos⁴.

La tasa mundial de embarazos adolescentes según Organismos Internacionales es 46 nacimientos por cada 1.000 niñas; siendo de 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años en América Latina y el Caribe⁵.

En nuestro país según datos de la última encuesta demográfica y de salud familiar aplicada a la población, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o quedaron embarazadas por primera vez fue del 14.3%. Mientras que esta cifra es ligeramente menor en el departamento de La Libertad siendo de 13.7%^{6,7, 8}.

Los embarazos adolescentes cada vez ocurren en adolescentes con menor edad como lo reporta el informe titulado “Situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años” donde señalan que en el 2013 en el departamento de La Libertad hubo 47 adolescentes embarazadas con edades entre 12 y 14 años⁹.

En el año 2016, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en su informe “Las Niñas Adolescentes en el Perú 2016” señala que 97 adolescentes del departamento de La Libertad con edades entre 11 y 14 años tuvieron embarazo, de las cuales 32 adolescentes pertenecían a la provincia de Trujillo¹⁰. Para este mismo año el Seguro Integral de Salud (SIS) informa que en el departamento de La Libertad ocurrieron 95 partos de adolescentes en menores de 15 años y 1 311 partos de adolescentes con edades entre 15 y 17 años, cabe señalar que los partos de las adolescentes de 18 y 19 años se hallan comprendidos en la categoría de mujeres con edades hasta 34 años. Además, este informe reporta que la frecuencia de partos en adolescentes para este año en el departamento de La Libertad fue 8.3%^{10, 11}.

El impacto emocional que el embarazo ocasiona en toda adolescente es variable y este se encuentra relacionado a su madurez, apoyo social y expectativas con que cuenta. Se puede observar adolescentes preocupadas por su salud y de su bebe, así como futuras madres desinteresadas en su salud. Como toda embarazada, es necesario que la adolescente acuda a su control prenatal lo más temprano que pueda, a fin de controlarla y hacerle el seguimiento correspondiente por ser considerado este un embarazo de riesgo. Cabe señalar que el control prenatal es un acto creado para

identificar y controlar en la gestante toda circunstancia que pueda alterar la evolución normal del embarazo, parto y puerperio¹².

Existen diversas barreras y factores de índole médico, socio-económico, demográfico o cultural que de una u otra forma afectan la adherencia al control prenatal las cuales vienen siendo analizados en diversas investigaciones¹³; el presente trabajo postula que un condicionante de la asistencia al control prenatal en gestantes adolescente sería el nivel de resiliencia que estas mujeres presentan.

La resiliencia es definida como la facultad natural del ser humano para adaptarse positivamente ante situaciones estresantes haciendo posible que enfrente adecuadamente el estrés y consiga salir adelante¹⁴; vale decir que el embarazo durante la adolescencia puede desencadenar actitudes positivas y optimistas que impulse a la adolescente a salir adelante, preocuparse por su salud y acudir al control prenatal de manera precoz, periódica y completa¹⁵.

Dentro de la provincia de Ascope se encuentra ubicado el distrito de Chocope, área geográfica dedicada a la agricultura en donde desde hace un tiempo se ha incrementado el número de embarazos en la adolescencia siendo una de las provincias en donde se registra un aumento (12%). Observando en las gestantes una inasistencia total o tardía al control del embarazo situación que motivó la realización de la presente investigación.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre el nivel de resiliencia y la adherencia al control prenatal en gestantes adolescentes. Hospital II Chocope EsSalud. 2020?

1.3. Justificación del estudio

A nivel mundial, la gestación a corta edad es un problema de salud debido a su repercusión en la salud física, psicológica y social de la adolescente; así como por el riesgo que implica al recién nacido³.

Diversas investigaciones sostienen que la frecuencia de morbilidad materna y perinatal no es significativamente mayor entre las gestantes adolescentes junto con las gestantes adultas; a esto posiblemente se debe al impacto que tiene el control prenatal en la reducción de estas morbilidades, ya que es durante el control prenatal donde se vigila estrechamente a la futura madre identificándose los factores de riesgo; de allí que es importante que toda gestante acuda al control prenatal^{16,17}.

Nuestra realidad nos permite afirmar que, si bien la periodicidad del control prenatal se ha incrementado en comparación con años anteriores, no siempre el control prenatal suele realizarse de manera precoz y completo sobre todo entre las gestantes adolescentes, llegándose a pensar que existen condicionantes que afectan la adherencia al control prenatal.

Ante esta disyuntiva se planificó la presente investigación la cual pretende indagar si el grado de resiliencia de las gestantes precoces juega una relación importante en la adherencia al control prenatal. Sosteniéndose que, este estudio es trascendental ya que no hemos encontrado investigaciones semejantes en nuestro medio; además del número considerable de adolescentes gestantes en nuestra región las cuales deberían contar con un adecuado control prenatal.

Por otro lado, los hallazgos, servirán de sustento empírico para futuras investigaciones relacionadas a la salud materna. A su vez, nos permitirá conocer si las adolescentes son o no capaces de salir adelante; de encontrarse que éstas no poseen niveles altos de resiliencia, se tendría que planificar estrategias dirigidas a incrementar ésta capacidad o comportamiento.

En cuanto al ámbito social, sin duda este trabajo permitirá identificar la necesidad que la adolescente embarazada reciba apoyo social que le permita afrontar su situación, empoderar se y salir adelante.

2. OBJETIVOS

2.1. General:

Determinar la relación entre el nivel de resiliencia y la adherencia al control prenatal en gestantes adolescentes. Hospital II Chocope EsSalud. 2020

2.2. Específicos

- Identificar el nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes en estudio. Hospital II Chocope EsSalud. 2020
- Identificar la adherencia al control prenatal que presentan las gestantes adolescentes. Hospital II Chocope EsSalud. 2020

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco teórico

En la actualidad, el embarazo adolescente representa en gran parte de los países un problema relevante con profundo impacto en la salud pública por las consecuencias que acarrea¹⁸. El riesgo que condiciona el embarazo adolescente para la vida de la madre y el feto es alto; por lo que es sumamente importante que la adolescente asista a su control prenatal; llegándose a afirmar que el control prenatal adecuado en cantidad y calidad beneficia enormemente a la familia; siendo además una estrategia respaldada por organismos internacionales^{19, 20, 21}.

La adolescencia constituye un periodo de transición durante el cual los adolescentes se transforman en adultos, ocurriendo una serie de cambios a nivel de su cuerpo, mente y espíritu; comprendiendo esta etapa desde la pubertad hasta los 19 años¹.

El Ministerio de Salud (MINSA) sostiene que el control prenatal constituye una valoración completa de la gestante y el feto que se realiza con la finalidad de obtener el nacimiento de un recién nacido sano, sin que la salud de la madre se vea alterada.^{22,23}

Así mismo se sostiene que al controlar el embarazo se pretende identificar de manera precoz signos de alarma o enfermedades que requieran ser atendidas disminuyendo la posibilidad de una futura complicación. Por otro lado, durante el control prenatal la gestante suele ser preparada física y mentalmente para el parto; además reciben información sobre planificación familiar promoviéndose la salud reproductiva²⁴.

Son tres las características primordiales del control prenatal: precoz, periódico y completo. En cuanto a la precocidad, se requiere que el primer control se desarrolle durante los tres primeros meses de formación; es importante que, en poblaciones con embarazo precoz, éste, se inicie antes de las 12 semanas^{19,25}. Sin embargo, nuestra realidad nos muestra alta frecuencia de inasistencia al control prenatal durante los primeros meses lo cual hace difícil identificar y manejar los factores de riesgo²⁶.

La segunda característica del control prenatal es que debe ser periódico, requiriendo que las gestantes con embarazo de bajo riesgo tengan un menor número de atención que aquellas con embarazo de alto riesgo. En el Perú, MINSA dispone que toda gestante debe tener al menos seis controles de su embarazo²⁷; siendo un cuidado mensual hasta la semana 32, una cada quince días entre el periodo de 33 y 36 semanas, por último, una semanal comenzando en la semana 37 hasta el parto^{28,29}.

La última característica detalla que el control prenatal debe ser completa, es decir, que involucre diversas actividades destinadas a la salud integral de la gestante¹⁹. Todas estas acciones se detallan específicamente en la Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna peruana, en el cual se describe cada una de las actividades según cada semana de atención³⁰.

Una considerable mayoría de gestantes entre edades de 15 y 49 años controlan su embarazo (97.5%); habiendo incluso recibido más de seis controles prenatales (88.9%) y siendo realizado entre los tres primeros meses (81.5%)³¹; sin embargo, no se cuenta con datos solo de gestantes adolescentes, por lo que estas cifras nos sirven solo de referencias.

Desde hace un tiempo la salud materna constituye una prioridad de los gobiernos, con el propósito de prevenir y aminorar las complicaciones de la madre y el recién nacido; sin embargo, actualmente gran número de gestantes no asisten al control prenatal mientras que otras no cumplen con

la adherencia a las recomendaciones y la frecuencia de presentarse al mismo³².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adherencia como: «Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional de salud»³³. Abarcando un conjunto de pautas tales como la adherencia al tratamiento y a las citas programadas; correcta utilización de los fármacos prescritos y modificaciones de estilos de vida perjudiciales para su salud³⁴. Para la presente investigación la adherencia será estudiada como la concurrencia al control y el acato de las recomendaciones e indicaciones otorgadas.

Consideramos el embarazo adolescente aquel originado en mujeres jóvenes¹⁹; durante el embarazo adolescente, se altera la salud mental de la joven al originarse una serie de sentimientos, dudas y temores que difícilmente les permite razonar y tomar decisiones adecuadas. Realidad que conlleva a la adolescente a retrasar el control de su embarazo y en otras ocasiones hasta tratar de interrumpir el curso de este³⁵. Sin embargo, dentro de esta situación problemática, algunas de ellas presentan una capacidad de afrontamiento y superación que les permite salir adelante, entidad que se le denomina resiliencia³⁶.

El término resiliencia deriva del latín, de resilio, cuyo significado comprende varias frases cortas tales como: “volver atrás”, “volver de un salto”, “resaltar” y “rebotar”; determinándose como la habilidad de las personas para sobrepasar los efectos nocivos de una calamidad o evento traumático y salir adelante, proyectándose positivamente hacia el futuro³⁷.

Es necesario señalar que resiliencia no constituye una cualidad estática, ni es permanente, no se adquiere con el desarrollo, ni mucho menos hereditaria; más bien nace ante una situación estresante vale decir cuando una persona interacciona con ese entorno problemático³⁸.

Los estudios afirman que la resiliencia necesita de la presencia de tres distintos factores de distintas categorías denominados: soporte social (yo tengo), habilidades (yo puedo) y fortaleza interna (yo soy y yo estoy). El factor “Yo tengo”: concierne al entorno social y redes de apoyo; al igual que a ejemplos positivos y a la aprobación absoluta de familia, amigos y comunidad hacia el individuo. El factor “Yo soy” y “Yo estoy”, se encuentra vinculado con la fuerza mental interiorizada dentro de cada persona siendo desenvuelta en la interacción con el exterior. Mientras que el factor “Yo puedo” corresponde a las destrezas un individuo en las relaciones con los otros; es decir el tener la capacidad de sobrellevar etapas difíciles, de tensión o cuestiones propias^{38,39}.

Por otro lado, se sostiene que la resiliencia comprende cinco dimensiones: La ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y sentirse bien sólo⁴⁰. Siendo las características resilientes del individuo: Introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad y moralidad⁴¹.

La presente investigación se basa principalmente a criterio de las investigadoras en tres modelos teóricos como bases filosóficas. El primero de ellos, lo constituye el Modelo Teórico de Wagnild y Young (1993), este autor señala a la resiliencia como una particularidad positiva de la personalidad que faculta la resistencia y tolerancia a la presión e inconvenientes, realizando a pesar de todo las acciones adecuadas. Asimismo, logra comprenderse a manera de la capacidad de un individuo que puede superar situaciones adversas y frustraciones que se presentan, aprendiendo y mejorando a partir de ello, logrando incluso transformarse.

De igual manera el autor toma en cuenta dos factores: Factor I: denominado competencia personal; caracterizado por la confianza en sí mismo, autonomía, firmeza, invulnerabilidad, autoridad, perspicacia y constancia. Factor II: denominado aceptación de uno mismo y de la vida, donde se ve reflejada la adaptabilidad, balance, transigencia y un punto de vista de la vida aceptándola y destacando la paz pese a la adversidad⁴².

El segundo modelo ecológico es de Bronfenbrenner (1979) modelo que considera de manera extensa el desarrollo humano, junto con el concepto de interrelación y movilidad entre el entorno y el individuo; lo que se puede traducir en la existencia de diversos factores que influyen en el desenvolvimiento del adolescente o niño. De esto se infiere que el desarrollo de cada persona es dinámico, bidireccional y recíproco, brindando al niño la capacidad de reorganizar su entorno y recibir la influencia de componentes vinculados a este; los cuales son cuatro núcleos: persona, proceso, contexto y tiempo⁴³.

El tercer modelo es el de Resiliencia de Richardson el cual se publicó en 1990 y describe el curso por el cual el sujeto consigue enfrentar las adversidades, siendo la reintegración tras la adversidad uno de los términos fundamentales considerados dentro de este modelo. Según los autores al presentarse una situación adversa, esta se encuentra directamente con los componentes protectores que tiene la persona. A partir de estos componentes y del nivel con el que atenúen la adversidad, tratándose de una decisión consciente o inconsciente, la persona cuenta con cuatro opciones de reintegración.

La primera, la reintegración disfuncional suele ocurrir en caso de que la persona no tenga la capacidad de aceptar las dificultades presentadas, y sus recursos al ser débiles no puedan evitar la ruptura, ocasionándose una reintegración disfuncional que trae consecuencias de riesgo para si mismo o con terceros. Al producirse esa variación muchas veces se necesita ayuda profesional para sobreponerse.

La segunda se llama reintegración con pérdida, en cuya situación, después de la ruptura la persona si tiene la voluntad y motivación para superar esta. No obstante, a pesar de su voluntad aun encontrará dificultades en el proceso. Por consiguiente, ante esta posición no se previene el desajuste psicológico del individuo.

La tercera es la reintegración a zona de bienestar o llamada también homeostasis, que se caracteriza por el retorno al punto anterior a la adversidad. Esto quiere decir que ésta no logra hacer demasiada deterioro y la persona recupera el equilibrio sin aprender de la situación vivida. No hay, por tanto, crecimiento postraumático. Por eso, esta reintegración sucede también directamente cuando los factores protectores evitan la ruptura.

Por último, se encuentra la reintegración con resiliencia es decir ocurre cuando la persona, tras la ruptura, es capaz de sufrir un crecimiento positivo como resultado del aprendizaje realizado de la situación adversa. Por tanto, el individuo no regresa al estado anterior al suceso, como ocurre en la Homeostasis, puesto que aquí experimenta un crecimiento postraumático⁴⁴.

2.2. Antecedentes del estudio

Rego M⁴⁵. (Brasil, 2019) con el objetivo de determinar la asociación entre la resiliencia y el apego materno-fetal en gestantes adolescentes que asistían a los establecimientos de salud en la ciudad de Natal; entrevistaron a 77 embarazadas menores de 20 años quienes tuvieron que responder dos instrumentos una escala de resiliencia y otra de apego; encontrándose que el nivel de resiliencia que predominó fue el moderado (51.9%).

Acero G. et al⁴⁶. (Ecuador, 2015) con la finalidad de indagar los condicionantes de riesgo relacionados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que fueron atendidas en el Centro de Salud "Carlos Elizalde" en Cuenca; entrevistaron a 60 adolescentes, encontrando que 58% de ellas controlan su embarazo desde el primer trimestre de gestación.

Ulloque L. et al³⁶. (Colombia, 2015) para estudiar entre las gestantes adolescentes la frecuencia de baja autoestima y su relación con el nivel de resiliencia, entrevistaron a 406 gestantes encontrando que 8,6% de las entrevistadas tuvieron nivel de resiliencia alto, 57,2% nivel moderado y

34,2% nivel bajo; relacionándose significativamente el nivel de resiliencia con el número de controles prenatales.

Fernández F. et al⁴⁷. (Brasil, 2015) a fin de identificar ciertas características del control prenatal entre las gestantes adolescentes; entrevistaron 559 puérperas adolescentes. Encontrando que la mayoría de las gestantes controlaron su embarazo (98%); más del 50% de ellas manifestaron haber acudido al control de su gestación entre 6 a más veces (67.2%) y el 62.5% expresaron que su primer control fue durante los tres primeros meses. A ninguna gestante se le realizó la totalidad de los análisis de rutina, reportando el 41.8% que ni siquiera habían sido informadas sobre como suele ser el trabajo de parto durante el control del embarazo.

Parada A⁴⁸. (Colombia, 2014) con el fin de analizar los parámetros del control prenatal en adolescentes, entrevistaron a una porción aleatoria de adolescentes atendidas en el Hospital de Engativá de Bogotá – Colombia; se encontró que 7.2% de las gestantes adolescentes no tuvo ningún control prenatal.

González A. et al⁴⁹. (México, 2014) con la finalidad de explicar los factores y puntaje general de la variable resiliencia en madres adolescentes residentes en el Estado de México. Se aplicó un cuestionario de Resiliencia (González Arratia, 2011) a una muestra aleatoria de madres adolescentes. A partir del puntaje total, se descubrió que la mitad de las madres adolescentes entrevistadas presentaban baja resiliencia; mientras que sólo 29% tuvieron resiliencia alta.

Fonseca J. et al⁵⁰. (Ecuador, 2014) investigaron el nivel de resiliencia en 10 adolescentes embarazadas que acudieron para controlar su gestación en un establecimiento de salud de Ecuador. Cada adolescente respondió una escala valorativa de resiliencia determinándose que 60% tenían alta resiliencia y 40% tuvieron baja puntuación de resiliencia

Alcalde S⁵¹. (Perú, 2018) con el fin de estudiar el apoyo social percibido y la resiliencia en gestantes con edades entre 14 a 17 años realizaron un estudio descriptivo correlacional; para lo cual estudiaron a 100 embarazadas que asistían a tres establecimientos de salud. Los resultados mostraron que predominó la resiliencia media (56%) seguida de la baja (18%).

Santa Cruz L. et al⁵². (Perú, 2017) con la finalidad de comprobar si existe relación entre el apoyo social y la resiliencia aplicaron una escala de resiliencia a 25 adolescentes embarazadas atendidas en un Centro de Salud de Cajamarca; encontrando que 44% de las adolescentes reciben apoyo social siendo este medio y alto; mientras que en cuenta al nivel de resiliencia este fue alto (60%).

Atienzo E. et al⁵³. (Perú, 2016) compararon las características del control prenatal en mujeres adolescentes y adultas, según la información de la última encuesta de ENDES; hallando que la mitad de las gestantes adolescentes estudiadas comenzaron el control de su embarazo en el tercer mes mientras que gestantes adultas lo empezaron un mes anterior. El número de controles prenatales fue de 7 en el 50% de las gestantes adolescentes y entre las adultas fue de 8 controles.

Navarro J.⁵⁴ (Perú, 2016) al realizar un estudio de casos y controles con el objetivo de evaluar los condicionantes asociados al inicio tardío del control prenatal; encontró que 46.3% de las gestantes acuden a su primera cita después del primer trimestre del embarazo.

No se encontraron estudios semejantes realizados en nuestra localidad.

2.3. Marco conceptual:

Resiliencia

Proceso dinámico que finaliza como el logro de un ajuste positivo en situaciones de gran fatalidad.

Adolescente

Etapa del ser humano comprendido entre los 10 y 19 años en la cual se caracteriza por cambios en el comportamiento y a nivel corporal¹.

Gestante adolescente

Es aquel que se produce en mujeres adolescentes, clasificándose como embarazo en la adolescencia temprana (menores de 15 años) o tardía (15 a 19 años)¹⁹.

Adherencia:

Se define: «Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario»³³.

Control prenatal:

Serie de actos ordenados y regulares realizados a la embarazada a fin de prevenir, diagnosticar y tratar los factores que pueden alterar la evolución normal de la gestación, ocasionando alguna complicación materna o perinatal²⁷.

2.4. Sistema de hipótesis

Hipótesis de investigación (Hi):

El nivel de resiliencia se relaciona significativamente a la adherencia al control prenatal en gestantes adolescentes.

Hipótesis nula (Ho):

El nivel de resiliencia no se relaciona significativamente a la adherencia al control prenatal en gestantes adolescentes.

2.5. Variables e indicadores

Variable dependiente:

Adherencia al control prenatal:

Escala de medición: Cualitativa nominal

Definición operacional: Se determinó a través de una lista de cotejos en donde se evaluó 39 actividades del paquete mínimo y ampliado del control prenatal, realizado durante el transcurso de su embarazo, teniendo en cuenta la semana en que se le tocó realizar esta actividad.

Indicador:

Con control prenatal: Cumplimiento de todas las actividades que incluyen el paquete mínimo y ampliado del control pre-natal teniendo en cuenta el esquema dado por el Ministerio de Salud (Anexo 1)

Sin control prenatal: Incumplimiento de alguna actividad evaluada.

Variable independiente:

Nivel de resiliencia

Escala de medición: Cualitativa ordinal

Definición operacional: Fue evaluado mediante la escala de resiliencia para adolescentes (ERA), instrumento que consta de 34 preguntas con una calificación tipo Likert: rara vez (1), a veces (2), a menudo (3), y siempre (4). La gestante adolescente tuvo que señalar la opción que exprese su forma de ser. Según la contestación de la entrevistada cada ítem tuvo una puntuación: Rara vez (1 pto.), A veces (2 Ptos.), A menudo (3 Ptos.), Siempre (4 Ptos.). Todas las respuestas de ítems que conforman cada indicador fueron sumadas. El indicador Insight comprende los ítems 1,3,9,15 y 30; la independencia los enunciados 22, 29, 32 y 33; La interacción las preguntas 19, 20, 21, 24 y 26; la moralidad los ítems 14, 16, 17, 18 y 28; el humor los enunciados 8, 11, 12, 13 y 34; la iniciativa las preguntas 6, 10, 23, 25 y 27; y la creatividad 2, 4, 5, 7 y 31; logrando tener una calificación de cada una de las áreas evaluadas y otra global. (Anexo 4)

Indicador: La puntuación lograda fue convertida a modo cualitativo mediante una tabla de Baremos la cual permitió clasificar a la resiliencia general como:

Resiliencia alta: Puntuación de 104 a más

Resiliencia media: Puntuación entre 90 y 103

Resiliencia baja: Puntuación menor de 90

Operacionalización de variables:

Variable		Definición operacional	Indicador	Tipo	Escala
V. Depen.	Adherencia al control prenatal	Se dispuso a través de una lista de cotejos en donde se evaluó 36 actividades del paquete mínimo y ampliado del control prenatal.	Con atención prenatal Sin atención prenatal	Cualitativa	Nominal
V. Indep.	Nivel de resiliencia	Se midió con la escala de resiliencia para adolescentes (ERA).	Resiliencia alta Resiliencia media Resiliencia baja	Cualitativa	Ordinal

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, prospectivo, cuantitativo, de corte transversal y correlacional.

3.2. Población muestral:

La población intervenida fue comprendida por 33 gestantes adolescentes del tercer trimestre que acudieron para el control prenatal al Hospital II Chocope EsSalud en los meses de agosto a diciembre del 2020.

No se trabajó con muestra debido a que se trata de población relativamente pequeña.

Unidad de análisis

Estuvo constituida por cada una de las gestantes adolescentes que cumplían con los criterios de selección.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Gestantes adolescentes que aceptan participar voluntariamente.
- Gestantes adolescentes del tercer trimestre.
- Gestantes adolescentes orientadas en tiempo, espacio y persona.

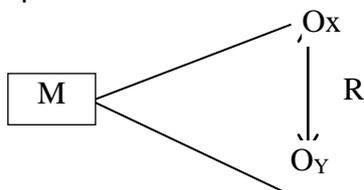
Criterios de exclusión

- Gestantes adolescentes con precedente de violencia sexual.
- Gestantes adolescentes menores de 15 años.
- Gestantes adolescentes con embarazos previos.

3.3. Diseño de investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista⁵⁵, esta investigación corresponde a un diseño transversal descriptivo; al describir y analizar las variables en estudio una sola vez y en un solo momento.

Esquema:



M: Gestantes adolescentes

Ox: Nivel de resiliencia

Oy: Adherencia al control prenatal

R: Relación entre las variables

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Inicialmente se acudió a la dirección del Hospital II Chocope EsSalud para solicitar el permiso necesario para la ejecución de la presente investigación. Obtenida esta autorización se procedió a entrevistar una muestra de gestantes adolescentes del tercer trimestre que acuda para el control de su embarazo al mencionado establecimiento de salud durante los meses de agosto a diciembre del 2020. A cada adolescente se le explicó el objetivo del trabajo de investigación, solicitándosele su participación como prueba de ello tuvieron que firmar una hoja de consentimiento informado (Anexo 1). Posteriormente se les entregó los instrumentos elaborados para este estudio los que tuvieron que responder en un tiempo promedio de 30 minutos.

En el presente estudio se utilizó dos instrumentos:

1.- ESCALA DE RESILIENCIA PARA ADOLESCENTES (ERA):

Instrumento creado por Prado R. et al., que evalúa la conducta resiliente en adolescentes. Su aplicación puede ser individual o colectiva. Consta de 34 ítems con una calificación tipo Likert. Todas las respuestas de ítems que

conforman cada indicador fueron sumadas, lográndose tener una calificación de cada una de las áreas evaluadas y otra global. (Anexo 4)

2.- LISTA DE COTEJOS DE LAS ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL: instrumento que comprende datos relacionados a las 39 actividades del paquete ampliado para el control de la gestante con lo cual se determinó la adherencia al control prenatal.

Validez y Confiabilidad de los instrumentos:

Validez:

La escala que se utilizó para determinar el nivel de resiliencia fue validada con anterioridad, demostrando el coeficiente de correlación de Pearson (r) que todos los ítems presentan coeficientes superiores a 0.20, con lo cual demostrado la validez del instrumento⁵⁶.

Confiabilidad:

La confiabilidad fue evaluada mediante el coeficiente α propuesto por Cronbach, prueba que arrojó como resultados 0.8629, cifra que permite afirmar que el instrumento es consistente⁵⁶.

3.5. Procesamiento de datos

La información obtenida de cada encuesta fue registrada en una hoja de cálculo del programa SPSS.

Una vez terminada la base de datos se cumplió con los objetivos planteados, es decir, inicialmente se determinó el nivel de resiliencia y adherencia al control prenatal siendo presentados estos resultados en tablas simples con frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente se realizó el cruce de las variables a fin de determinar si existe relación entre ellas, este hallazgo fue presentado en una tabla de doble entrada con su debida significancia estadística.

Durante todo este procedimiento se usó tanto la estadística descriptiva como la analítica:

- a) Estadística descriptiva: se utilizó a fin de describir y analizar el grupo en estudio sin realizar inferencias, para ello se construyó tablas de frecuencias y de medidas descriptivas que permitieron realizar la descripción de datos.
- b) Estadística analítica; se utilizó a fin de obtener conclusiones, haciendo uso de la prueba de Chi cuadrado de Mantel. Fue considerado como $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

3.6. Aspectos éticos

La presente investigación fue presentada al comité de Bioética de la UPAO. Además, considerará las normas éticas de la Declaración de Helsinki⁵⁷. Así mismo se tuvo en cuenta los tres principios universales de investigación, descritos en el Informe Belmont: Respeto por las personas, Beneficencia y Justicia⁵⁸

Respeto por las personas: Este principio requiere que los sujetos de investigación sean tratados como seres autónomos, permitiéndoles decidir por sí mismos. Por lo que se solicitará la autorización de las gestantes, sujetos a ser investigados, como prueba de ello tendrán que firmar una hoja de consentimiento informado (Anexo 1).

Beneficencia: se explicará a las entrevistadas, los objetivos del estudio, así como de los riesgos y los beneficios que se lograron con su participación.

Justicia: Las gestantes adolescentes entrevistadas serán seleccionadas sin tener en cuenta alguna condición en particular.

IV. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

TABLA 1
NIVEL DE RESILIENCIA EN GESTANTES ADOLESCENTES
HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD. 2020.

Nivel de resiliencia	n	%
Alto	5	15.2
Medio	12	36.4
Bajo	16	48.5
Total	33	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 2
 ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL (CPN) EN GESTANTES
 ADOLESCENTES. HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD. 2020.

Adherencia al CPN	n	%
Con CPN	9	27.3
Sin CPN	24	72.7
Total	33	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 3
 RELACIÓN ENTRE NIVEL DE RESILIENCIA Y LA ADHERENCIA
 AL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL II CHOCOPE. ESSALUD.

Nivel de Resiliencia	ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL			
	Con CPN		Sin CPN	
	n	%	n	%
Alto	2	22.2	3	12.5
Medio	3	33.3	9	37.5
Bajo	4	44.4	12	50.0
Total	9	100	24	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Chi cuadrado = 0.48

Nivel de significancia= P=0.78 P>0.05

4.2. Docimasia de hipótesis.

1. Planteamiento de hipótesis nula y alternativa

Hipótesis de trabajo (Hi): (Variables no son independientes)

El nivel de resiliencia se relaciona significativamente a la adherencia al control prenatal en gestantes adolescentes.

Hipótesis nula (Ho): (Variables son independientes)

El nivel de resiliencia no se relaciona significativamente a la adherencia al control prenatal en gestantes adolescentes

2. Elección del nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

3. Elección de prueba estadística:

Variables cualitativas: Chi cuadrado (X^2) = 0.48.

4. Cálculo de grados de libertad: $GL = (m-1)(n-1)$

Se tienen dos columnas y tres filas, es decir: $GL = (2-1)(3-1) = 2$

5. Cálculo de X^2 crítico: 5.99 (Según tabla)

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4602	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3507
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481

6. Comparación de X^2 y X^2 crítico:

X^2 obtenido = 0.48

<

X^2 crítico = 5.99

Debido a que el valor estadístico de la prueba X^2 es menor que el X^2 crítico, la hipótesis nula (H_0) es **aceptada**. Es decir, las variables no guardan asociación o relación.

V. DISCUSIÓN

Al estudiarse el nivel de resiliencia entre las gestantes adolescentes que asistieron para el control de su embarazo al hospital II de Chocope EsSalud entre los meses de agosto a diciembre del 2020 (Tabla 1) se halló que el 48.5% de las adolescentes embarazadas mostraron nivel de resiliencia bajo, seguido del 36.4% con nivel medio y de 15.2% que mostraron nivel alto. Sin duda estos hallazgos nos muestran que son muy pocas las adolescentes que adoptan una actitud positiva frente el embarazo; postura que coloca a la adolescente con frecuencia en víctima, sin intención de adaptarse a la maternidad y promover un mayor bienestar para ella y su hijo, con lo cual integraría el círculo vicioso de pobreza y exclusión.

Frente a esta realidad se hace necesario que el obstetra tome el control y con ayuda de otros profesionales de la salud fomenten estrategias que favorezcan la resiliencia en este grupo de riesgo a fin de que las adolescentes embarazadas se sientan capaces de salir adelante y logren una mejor calidad de vida para su hijo y ella. De allí que se afirme que el cuidado de la adolescente embarazada exige la contribución activa multidisciplinaria, en el cual los aspectos médicos, psicológicos y sociales se analicen de manera íntegra; constituyendo el embarazo precoz un estado de salud que se extiende mucho más de solo considerarse una situación obstétrica¹⁴.

Los descubrimientos hallados son similares a los de Montero R. et al⁴⁹. (México, 2020) quienes, con el objetivo de estudiar la resiliencia y el embarazo adolescente, aplicó una encuesta a una muestra aleatoria de gestantes adolescentes, encontrando que la mayoría de las participantes mostraban nivel de resiliencia baja.

Por el contrario, Rego M⁴⁵. (Brasil, 2019) con el objetivo de determinar la asociación entre la resiliencia y el apego materno-fetal en gestantes adolescentes que asistían a los establecimientos de salud en la ciudad de Natal; entrevistaron a 77 embarazadas menores de 20 años hallando que el nivel de resiliencia que predominó fue el moderado (51.9%). De igual forma, Ulloque L. et al³⁶. (Colombia, 2015) al estudiar 406 gestantes adolescentes hallaron que 8,6% de las entrevistadas tuvieron nivel de resiliencia alto, 57,2% nivel moderado y 34,2% nivel bajo.

Por su parte, Alcalde S⁵¹. (Perú, 2018) con el fin de estudiar el apoyo social percibido y la resiliencia en gestantes adolescentes realizaron un estudio no experimental, transversal y tipo correlacional estudiando 100 adolescentes embarazadas que asistían a tres establecimientos de salud; encontrando que predominó la resiliencia media (56%) seguida de la baja (18%).

Los hallazgos encontrados referente al bajo nivel de resiliencia encontrado entre las gestantes en estudio puede deberse básicamente al mismo embarazo, situación que con frecuencia afecta psicológicamente la vida de la adolescente; la cual no contando con el apoyo familiar se proyecta que su futuro es incierto y asume que va a ser difícil salir adelante. A este hecho se le suma que se trata de gestantes residentes en el Valle Chicama, quienes a menudo optan por no estudiar sino más bien por trabajar en lo que puedan, opción que con el embarazo se les hará más tedioso.

Al analizarse la frecuencia de la adherencia al control prenatal entre las adolescentes gestantes (Tabla 2) se halló que el 27.3% de las embarazadas cumplieron con todas las actividades del control prenatal. La alta frecuencia de la no adherencia de la atención pre natal podría deberse sin duda a la pandemia de la covid-19, pues si bien el Hospital II de Chocope desde los inicios de esta enfermedad se adaptó y siguieron atendiendo de manera ambulatoria a la gestantes sobre todo las del tercer trimestre, el número de embarazadas que acudían era mínimo probablemente por el temor de contagiarse por lo que este

hecho constituye a nuestro criterio una limitación de la investigación con gran influencia en nuestros hallazgos.

Ello amerita la realización de nuevas investigaciones a fin de comprobar la frecuencia real de adherencia al control prenatal por las gestantes adolescentes.

Nuestros hallazgos tienen coincidencia con lo descrito por Fory J. et al.⁵⁹ (Bogotá, 2020) quienes, con la finalidad de analizar los resultados obstétricos y perinatales de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Militar Central de Bogotá D.C., Colombia. Revisaron 147 historias clínicas de gestantes adolescentes; encontrando que solo 26.5% gestantes tuvieron más de cuatro controles cumpliendo con todas las actividades del control prenatal.

Por el contrario, los resultados encontrados difieren de diversos autores tales como Acero G. et al⁴⁶. (Ecuador, 2015) quienes con la finalidad de indagar los condicionantes de riesgo relacionados al incumplimiento del control prenatal en adolescentes gestantes que fueron observadas en el Centro de Salud “Carlos Elizalde” en Cuenca; entrevistaron a 60 adolescentes, encontrando que 58% de ellas controlan su embarazo desde el primer trimestre de gestación. De igual forma, Fernández F. et al⁴⁷. (Brasil, 2015) a fin de identificar ciertas características del control prenatal entre las gestantes adolescentes; entrevistaron 559 puérperas adolescentes; hallando que la mayoría de las gestantes controlaron su embarazo (98%); más del 50% de ellas manifestaron haber acudido al control de su gestación entre 6 a más veces (67.2%) y el 62.5% expresaron que su primer control fue durante los tres primeros meses.

Por su parte, Parada A⁴⁸. (Colombia, 2014) con el meta de analizar los parámetros del control prenatal en adolescentes, entrevistaron un grupo aleatorio de adolescentes observadas en el Hospital de Engativá de Bogotá – Colombia; se encontró que 7.2% de las gestantes adolescentes no tuvo ningún control prenatal.

A pesar de que el control del embarazo ha surgido desde hace varios años atrás como un proceso consignado a promover la salud de la madre y del feto; el cumplimiento de éste por las embarazadas hasta nuestros días no es del 100%, lo

que sin duda imposibilita instaurar acciones preventivas terapéuticas adecuadas durante la gestación; con lo cual se mejoraría la condición de vida de la gestante y su hijo.

Al estudiar la relación entre el nivel de resiliencia y la adherencia al control prenatal entre las gestantes adolescentes (Tabla 3) se halló que el 44.4% de las embarazadas con adherencia al control prenatal tuvieron nivel de resiliencia bajo en comparación del 50% de aquellas sin control prenatal, no existiendo diferencias significativas. Es decir, la adherencia al control prenatal no guardó relación significativa con el nivel de resiliencia.

Si bien la presente investigación no encontró asociación entre las variables en estudio, se debe tener en cuenta que gran parte de las embarazadas adolescentes presentaron nivel de resiliencia bajo, condición que según diversos autores conlleva al estancamiento en el desarrollo psicoafectivo, así como a una mayor dificultad de la integración social⁶⁰; por lo que se amerita la intervención profesional a este grupo de gestantes.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que la resiliencia es un conjunto complejo de valores que le permite a una persona resistir muchos de los efectos negativos de la adversidad⁶¹, se hace necesario investigar más a fondo sobre el efecto de la resiliencia en la morbilidad materna y perinatal entre las gestantes adolescentes. Los estudios de resiliencia en el embarazo son escasos por lo tanto este trabajo servirá de base para investigaciones posteriores.

Al respecto Ramiro D. et al.⁶² en el 2021 en Boston al evaluar el efecto de algunas variables psicológicas como la depresión, ansiedad, resiliencia en el bienestar perinatal; evidenciaron una asociación importante entre el bajo peso al nacer y la resiliencia afirmando la necesidad que no solo debe investigarse los factores biológicos asociados a la morbilidad del recién nacido sino también a los factores psicológicos y sociofamiliares como la falta de resiliencia, la ansiedad y la falta de comunicación familiar entre otros.

Así mismo se describe que existe una crucial correspondencia entre la resiliencia con la complacencia de la vida y las preocupaciones del embarazo, siendo esta relación bidireccional; es decir, que a mayor resiliencia la mayor satisfacción con la vida y menor preocupación por el embarazo. Por el contrario, menor resiliencia las preocupaciones por la gestación se incrementan pudiendo el estrés desencadenar una gran número de efectos fisiológicos⁶³.

Si bien últimamente se viene estudiando a la resiliencia entre las embarazadas son escasos los estudios de la resiliencia y la adherencia al control prenatal; aún más entre adolescentes. Sin embargo, se puede afirmar que desde la perspectiva obstétrica más allá de que las gestantes tengan resiliencia alta o baja, es importante que estas futuras madres reconozcan la importancia del control prenatal el cual debe ser temprano o precoz; por lo que se debe aún seguir educando a la población sobre el valor que tiene la atención del embarazo.

VI. CONCLUSIONES

- 1.** El 48.5% de las gestantes adolescentes del Hospital II Chocope EsSalud presentaron nivel de resiliencia bajo, seguida del 36.4% con nivel medio y 15.2% con nivel alto.
- 2.** El 27.3% de las gestantes adolescentes del Hospital II Chocope EsSalud presentaron adherencia al control prenatal.
- 3.** El nivel de resiliencia no guarda una relación significativa con la adherencia al control prenatal en gestantes adolescentes ($P=0.78$).

VII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere a las Instituciones de Salud; implementar el control prenatal diferenciado para este grupo de riesgo (gestante adolescente).
- Los responsables del trabajo con los adolescentes en las Instituciones de Salud, deberían realizar nuevas investigaciones en donde se estudien los factores que condicionan la alta o baja resiliencia entre las gestantes adolescentes, a fin de tener una visión más amplia del tema.
- Los futuros investigadores deben profundizar en este tema, estudiando a poblaciones más grandes de gestantes adolescentes, con la finalidad de generar conocimiento que sirva de apoyo para las intervenciones con los adolescentes.
- Al MINSA se sugiere que dentro de las normas técnicas que contemplan la atención de la gestante adolescente se involucre activamente al equipo multidisciplinario, con especial énfasis al profesional de psicología quien desarrolla las competencias para mejorar la resiliencia en el adolescente.
- Al Ministerio de Educación se sugiere la participación activa del profesional obstetra en la orientación de la Salud Sexual y Reproductiva del adolescente en las Instituciones Educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vinueza M, Bello H. Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas. Dom. Cien., 2018; 4(1): 311-321
2. Fernández M. El embarazo adolescente: un problema psicosocial que se mantiene vigente en el Perú. Cultura: Lima (Perú) 29: 59-87. 2015
3. García A, González M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2018; 22(3)416-427.
4. Loredó A, Vargas E, Casas A, González J, Gutiérrez C. et al. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55(2):223-9
5. OPS América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Disponible en URL: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360. Fecha de acceso diciembre 2019.
6. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. 2014. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf. Fecha de acceso diciembre 2019.

7. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar. 2016. Nacional y regional. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html. Fecha de acceso diciembre 2019.
8. MINSA. Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017 / -1a ed.- Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud, 2017. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>. Fecha de acceso diciembre 2019.
9. UNPA. Situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años. Disponible en URL: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Infografia-Situacion-Embarazo-Adolescentes.pdf>. Fecha de acceso diciembre 2019.
10. INEI. Las Niñas Adolescentes en el Perú 2016. [Consultado 10 Dic. 2019] Disponible en <http://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NinasAdolescPDF0B.pdf>.
11. Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud. Reporte N° 4-2016-SC/MCLCP Prevención del embarazo en adolescentes. situación y perspectivas al 2021 -Versión aprobada por el CEN Jueves 15 de diciembre del 2016. [Consultado 10 Dic 2019] Disponible en URL: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/12/reporteembarazoadolescentendeg4.2016v7_0.pdf.
12. García C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev. Fac. Med. 2017; 65; 2: 305-10.
13. Tatal L, Rodríguez V, Buitrón E, Ortega D, Zúñiga L. Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. Rev. peru. ginecol. obstet. 2019; 65(2): 157-162.

14. Monterrosa A, Ulloque L, Arteaga C. Estrategias para mejorar el nivel de resiliencia en adolescentes embarazadas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2018; 20(2):
15. Moreno N, Fajardo A, González A, Coronado A, Ricarurte J. Una mirada desde la resiliencia en adolescentes en contextos de conflicto armado. *Revista de Investigación Psicológica* 2019; (21): 57-72.
16. Tovar G, Gutiérrez H. Factor humano, organizacional y su influencia con la continuidad de la atención prenatal de la Institución Prestadora de Salud de Lima –Perú, 2017. *Rev Int Salud Matern Fetal*. 2019; 4(1): 29-37.291
17. Lozano L, Correa L, Luna C. Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el Hospital Sergio Bernales, Enero – Mayo 2018; 18(1):38-44.
18. Cabañas B, Escobar J. Embarazo adolescente en un hospital de Paraguay durante el 2011. *Horiz. Med.* 2016; 16(2): 40-44.
19. Munares O. Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2009.
20. Pérez J. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. Tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.
21. Aguilera S. Control prenatal. *Obstetricia y ginecología* 2014; 880-886.
22. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima, Perú: MINSA; 2006. [Consultado 09 Dic

- 2019]. Disponible en URL:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/168_maternidad-0.pdf.
23. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA. [Consultado 09 Dic 2019]. Disponible en URL:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionInteg>.
24. Cobos L. Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del Subcentro De Salud Zapotal - Santa Elena 2012-2013. Tesis de Bachiller. Universidad Estatal Península De Santa Elena. La Libertad Ecuador. 2013.
25. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. Perú. 2017.
26. Galván R. La falta de control en los primeros meses de embarazo, una realidad alarmante. [Consultado 09 Dic 2019]. Disponible en URL:
<http://www.auno.org.ar/leer.php/5042>.
27. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. NTS No.105 MINSA/DGSP.V.01. [Consultado 09 Dic 2019]. Disponible en URL:
http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RM/RM827_2013_MINSA.pdf.
28. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. [Consultado 09 Dic 2019]. Disponible en URL:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/es/.

29. Ramos L, Salvador G. Calidad en la aplicación de las normas de atención prenatal brindada por el personal de salud a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el Cantón De Coto Brus, en el año 2009. Tesis de Maestría. Universidad Estatal A Distancia. 2010.
30. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004.
31. INEI. Salud Materna. Control prenatal. [Consultado 09 Dic 2019]. Disponible en URL:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf.
32. Gómez F, Marrugo C, Florez A, López K, Mazonett E, Orozco J. et al. Economic and health impact of prenatal care in pregnant women with public health insurance in Colombia during 2014. *Salud Publica Mex* 2017; 59:176-182.
33. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: World Health Organization; 2003.
34. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2018; 16(3): 226-233
35. Ortega E, Darías S, Cairós L, Pérez E, Melián C, Aguirre A. Una escala para valorar el riesgo de embarazo adolescente no planificado. *Matronas Prof.* 2019; 20(1): 30-38.
36. Ulloque L, Monterrosa A, Arteta C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2015; 80(6): 462-474.

37. García M, Di Napoli J, García-Ona L, Jakubowski R, O'Flaherty D. Concept analysis: resilience. Arch Psychiatr Nurs. 2013; 27(6):264-70.
38. Aguiar E, Acle G. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. Acta Colombiana de Psicología 2015; 15 (2): 53-64.
39. García M, Domínguez de la Ossa E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. Rev. latinoam. cienc. soc. niñez 2013; 11(1): 63-77.
40. Wagnild G, Young H. Manual de la Escala de Resiliencia. Pp.1-22. (Pp.16-17). 1993.
41. Wolin S, Wolin S. The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity. VillardBooks. Nueva York, E.E.U.U. 1993. [Consultado 09 Dic 2019]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resil6x9.pdf>.
42. Wagnild G, Young H. Development and Psychmetric Evaluation of the Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement. 1993; 165- 178.
43. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge, Massachussets and London, England: Harvard University Press. 1979.
44. Richardson G, Neiger B, Jenson S, Kumpfer K. The resiliency model. Health Education. 1990; 21(6): 33-39.
45. Rego M. Resiliência e apego materno-fetal em gestantes adolescentes. 2019. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

46. Acero G, Andrade D, Chalco L. Factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud Carlos Elizalde. Cuenca, 2015. Tesis de bachiller. 2015.
47. Fernandes F, Meincke S, Thumé E, Soares M, Collet N, Carraro T. Characteristics of antenatal care for adolescents from state capitals in Southern and Northeastern Brazil. *Texto contexto – enferm*; 2015; 24(1): 80-86.
48. Parada A. Adherencia al control prenatal en la clínica de gestantes adolescentes del hospital de Engativá de Bogotá. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2014.
49. Montero P, López G, Contreras M, Enríquez C, Capriles C. *Rev Mex Med Forense*, 2020, 5(4): 59-61.
50. Fonseca J, Cárdenas C. La resiliencia en adolescentes embarazadas, atendidas en el “Hospital Provincial General Docente de la Ciudad de Riobamba”, periodo 2011 - 2012. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador. 2014.
51. Alcalde S. Apoyo social percibido y resiliencia en adolescentes embarazadas de centros de Salud de Villa El Salvador. Tesis de Bachiller. Universidad Autónoma del Perú. Lima 2018.
52. Santa Cruz K, Soriano M. Apoyo social y resiliencia en adolescentes embarazadas del centro de salud Huambocancha baja. Tesis de Maestría. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. 2017
53. Atienzo E, Suárez L, Meneses M, Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. *Rev. Med Hered*. 2016; 27(3): 131-138.

54. Navarro J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del centro de salud "Leonor Saavedra" - enero a marzo del 2015. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2016.
55. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. 4a ed. México: Editorial McGraw- Hill Interamericana; 2006. Cap.7. Pp. 208 – 211
56. Prado R, Aguilar M. Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. Persona 2003; 6:179-196.
57. Asamblea Medica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. [Consultado 09 Dic 2019]. Disponible en URL: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
58. National Institutes of Health . Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 2003. [Consultado 09 Dic 2019]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_IN TL Informe Belmont.pdf.
59. Fory J, Olivera M. Caracterización de la población gestante adolescente atendida en el Hospital Militar Central de Bogotá D.C., Colombia. 2012-2015. rev.fac.med. 2020; 68(2):202-206.
60. Monterrosa A, Ulloque L, Colón C, Polo E. Resiliencia en gestantes adolescentes del Caribe colombiano: evaluación con la escala de Wagnild y Young. Iatreia. 2020; 33(3):209-21.
61. Salazar D, Arroyo D, Hidalgo L, Perez F, Chedraui P. Depressive Symptoms and Resilience among Pregnant Adolescents: A Case-Control Study.

Hindawi Publishing Corporation Obstetrics and Gynecology International. 2016; 7.

62. Ramiro D, De la Calle M, Gila A, Moreno B, Martin M, Arribas S. et al. Maternal Resources, Pregnancy Concerns, and Biological Factors Associated to Birth Weight and Psychological Health. *J. Clin. Med.* 2021; 10: 695.
63. Puente C, Morales D, Monge F. Religious Coping and Locus of Control in Normal Pregnancy: Moderating Effects Between Pregnancy Worries and Mental Health. *J. Relig. Health* 2015, 54, 1598–1611.

ANEXO N° 1: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., después de haber recibido orientación acerca del Trabajo de Investigación titulado: "NIVEL DE RESILIENCIA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD. 2020", cuyas autoras Juárez Cueva Ilina Belú, Uribe Gonzales Yulia Nela; quienes me han explicado la finalidad del estudio señalándome que la información que les proporcione será utilizada manteniendo mi identidad en reserva y anonimato, por tal motivo acepto ser encuestado(a) con el propósito de contribuir a la realización del estudio.

Así mismo preciso que podré retirarme en cualquier momento si lo considerase conveniente. Además, me señalaron que los resultados serán únicamente utilizados para fines de la investigación.

Huella
digital



ANEXO N° 2: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia:

La investigación por desarrollar tiene como objetivo investigar porque las gestantes adolescentes acuden tardíamente al control prenatal. Estos resultados proveerán una valiosa información que permitirá la planificación de estrategias destinadas a captar de manera temprana a las gestantes para el control de su embarazo.

Para ello se requiere que su menor hija participe en ella, siendo su participación en forma anónima; garantizándole que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo utilizada para fines científicos. Además, se le informa que usted no pondrá en riesgo la salud de su hija ni recibirá incentivos económicos por su participación en el presente estudio.

Para fines prácticos se le solicita firmar dicho documento como prueba de aceptación que su menor hijo participe en la investigación.

Nombre : _____

Firma : _____

DNI : _____

ANEXO N° 3: ESCALA DE RESILIENCIA PARA ADOLESCENTES

Instrucciones: Lee cuidadosamente las siguientes oraciones y coloca un aspa (X) en el casillero cuyo significado refleje tu manera de ser más frecuente. Responde TODOS los ítems.

	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1. Me doy cuenta de lo que sucede a mi alrededor.				
2. Cuando tengo problemas escucho música, bailo, dibujo o juego.				
3. Cuando hay problemas en casa trato de no meterme.				
4. Utilizo el arte para expresar mis temores.				
5. Me gusta inventar cosas para solucionar problemas.				
6. Cuando sucede algo inesperado busco soluciones posibles.				
7. Después de realizar una actividad artística me siento mejor que antes.				
8. Me agrada inventar cosas que me hagan reír antes que deprimirme.				
9. Tengo mis propias explicaciones de lo que sucede en casa.				
10. Consigo lo que me propongo.				
11. Prefiero las cosas cómicas que lo serio.				
12. Prefiero estar con personas alegres.				
13. Cuando tengo muchos problemas me los tiro al hombro y sonrío.				
14. Me gusta ser justo con los demás.				

15. Busco conocer como actúan mis padres en determinadas situaciones.				
16. Me gustaría ser un buen ejemplo para los demás.				
17. Creo que los principios son indispensables para vivir en paz.				
18. Tengo bien claro mis ideales y creencias.				
19. Comparto con otros lo que tengo.				
20. Soy amigo de mis vecinos y compañeros.				
21. Quiero encontrar un lugar que me ayude a superar mis problemas.				
22. Deseo poder independizarme de mi casa lo mas pronto posible.				
23. Realizo actividades fuera de casa y del colegio.				
24. Cuando una persona me ayuda siempre es como un miembro de mi familia.				
25. Todos los problemas tienen solución.				
26. Participo en organizaciones que ayudan a los demás.				
27. Me gusta saber y lo que no sé pregunto.				
28. Aspiro ser alguien importante en la vida.				
29. Cuando mis padres fastidian trato de permanecer calmado.				
30. Cuando mis padres están molestos quiero conocer porque.				
31. Me gustaría ser artista para poder expresarme.				
32. Siento y pienso diferente que mis padres.				
33. Me gusta hacer lo que quiero aunque mis padres se opongan.				
34. Me río de las cosas malas que me suceden.				

ANEXO N° 4: LISTA DE COTEJO DE LAS ACTIVIDAD DEL CONTROL PRENATAL

Datos generales:

Número de controles prenatales: _____ Edad: _____

Edad gestacional: _____ semanas

Instrucciones: Verificar el cumplimiento de cada una de las actividades propuestas.

Actividad	Primera consulta	2da consulta <22 Sem	3ra consulta 22-24 Sem	4ta consulta 27-29 Sem	5ta consulta 33-35 Sem	6ta consulta 37-40 Sem
Anamnesis	+	+	+	+	+	+
Confirmación del embarazo	+					
Estimación de la edad gestacional	+	+	+	+	+	+
Identificación de condiciones de riesgo	+	+	+	+	+	+
Tamizaje de violencia familiar	+					
Control del peso	+	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+					
Evaluación del estado nutricional	+	+	+	+	+	+
Examen físico general	+					
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	+	+	+	+	+	+
Reflejos osteo tendinosos	+	+	+	+	+	+
Exploración de edemas	+	+	+	+	+	+
Examen gineco-obstétrico/Evaluación clínica de la pelvis	+					
Examen obstétrico (altura uterina, presentación y posición fetal)	+	+	+	+	+	+
Diagnóstico de número de fetos (ecografía y/o palpación)	+	+	+	+	+	+
Evaluación clínica del volumen del líquido amniótico		+	+	+	+	+
Auscultación FCF (pinard o doppler).		+	+	+	+	+
Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh	+					

Determinación de la hemoglobina y hematocrito	+					+
Examen de orina completo o urocultivo	+			+		
Detección de diabetes gestacional	+			+		
Prueba de ELISA-VIH / Sífilis prueba rápida ELISA- RPR, previa consejería.	+				+	
Proteína en orina. Tira reactiva o ácido sulfosalicilico,	+	+	+	+	+	+
Vacunación antitetánica	+					
Vacunación anti-influenza estacional			+			
Vacunación anti-fiebre amarilla, en zonas endémicas				+		
Toma de PAP, previa consejería	+					
Evaluación odontológica		+	+			
Evaluación ecográfica	+		+		+	
Administración de ácido fólico,	+					
Administración de hierro y ácido fólico.		+	+	+	+	+
Administración de calcio			+	+	+	+
Bienestar fetal test /no estresante					+	+
Información sobre maternidad y paternidad responsable	+	+	+	+	+	+
Información sobre Planificación familiar	+	+	+	+	+	+
Psicoprofilaxis / estimulación prenatal			+	+	+	+
Orientación sobre prevención de enfermedades metaxénicas en zonas endémicas (ZICA, Dengue, Chikungunya)	+	+	+	+	+	+
Orientación y detección sobre signos de alarma	+	+	+	+	+	+
Referencia para evaluación por especialista de Gineco obstetricia		+			+	

ANEXO N° 5: CLASIFICACIÓN DE NIVELES SEGÚN PUNTAJE DIRECTO PARA CADA AREA DE LA ESCALA DE RESILIENCIA PARA ADOLESCENTES.

Áreas	Puntaje Directo	Niveles
Insigth	16-18+	Alto
	12-15	Medio
	11	Bajo
Independencia	11-15+	Alto
	8-10	Medio
	7	Bajo
Interacción	16 -19+	Alto
	13-15	Medio
	12	Bajo
Moralidad	19- 20	Alto
	16-18	Medio
	15	Bajo
Humor	15-19+	Alto
	12-14	Medio
	11	Bajo
Iniciativa	16-18+	Alto
	13-15	Medio
	12	Bajo
Creatividad	13-17+	Alto
	9-12	Medio
	8	Bajo