

Álvaro Monterrosa Castro
Liesel Ulloque Caamaño

Nivel bajo de resiliencia y los factores asociados en gestantes adolescentes



**NIVEL BAJO DE RESILIENCIA Y
LOS FACTORES ASOCIADOS EN
GESTANTES ADOLESCENTES**

NIVEL BAJO DE RESILIENCIA Y LOS FACTORES ASOCIADOS EN GESTANTES ADOLESCENTES

ISBN: 978-958-5439-26-9

Rector: Édgar Parra Chacón
Vicerrector Académico: Federico Gallego Vásquez
Vicerrector de Investigaciones: Leonardo Puerta Llerena
Vicerrector Administrativo: Gaspar Palacio
Secretaría General: Yanina Arrieta Leottau

362.7083 / M764

Monterrosa-Castro, Álvaro

Nivel bajo de resiliencia y los factores asociados en gestantes adolescentes / Álvaro
Monterrosa-Castro y Liezel Ulloque-Caamaño -- Cartagena de Indias: Editorial Universi-
taria, c2019.

232 páginas; 26 x 21 centímetros.

Incluye referencias bibliográficas (p. 214 – 231).

ISBN: 978-958-5439-26-9

1. Madres adolescentes – Aspectos socioeconómicos 2. Embarazo en la adolescencia 3.
Adolescencia - Embarazos I. Ulloque-Caamaño, Liezel II. Badrán Padauí, Freddy, Editor
CEP: Universidad de Cartagena. Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investiga-
ción. Biblioteca José Fernández de Madrid.



Editor: Fredy Badrán Padauí
Jefe de Sección de Publicaciones
Universidad de Cartagena
Diseño de Portada: Jorge L. Barrios A.
Diagramación: Alicia Mora Restrepo
Primera Edición: Cartagena, 2019.

Diseño de cubierta: Jorge L. Barrios A.

Corrección de estilo: Fredy Badrán Padauí.

©Álvaro Monterrosa Castro - Liezel Ulloque Caamaño

Editorial Universitaria, Centro calle de la Universidad, Cra. 6, N° 36 – 100, Claustro de San Agustín, primer
piso, Cartagena de Indias, 2019.

Impreso en Colombia – Printed in Colombia/ Se imprimieron 200 ejemplares

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes,
ni registrada o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por
ningún medio sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro - óptico, por fotocopia o
cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial

NIVEL BAJO DE RESILIENCIA Y LOS FACTORES ASOCIADOS EN GESTANTES ADOLESCENTES

ÁLVARO MONTERROSA CASTRO, MD.

LIEZEL ULLOQUE CAAMAÑO, MD.

Tabla de contenido

PREFACIO

	Pág
CAPÍTULO I	15
Introducción	
CAPÍTULO II	35
Objetivos	
CAPÍTULO III	39
Marco teórico	
Definición y características de la resiliencia	
Resiliencia y adolescentes	
Factores asociados a la resiliencia	
CAPÍTULO IV	65
Materiales y métodos	
Tipo y población de estudio	
Variables, escalas, recolección de datos y aspectos éticos	

CAPÍTULO V	75
Resultados	
CAPÍTULO VI	117
Evaluación de la distribución de normalidad de las variables cuantitativas...	
CAPÍTULO VII	151
Discusión	
CAPÍTULO VIII	173
Conclusiones	
CAPÍTULO IX	177
Resumen	
CAPÍTULO X	181
Anexos	
CAPÍTULO XI	209
Referencias bibliográficas	

Prefacio

El embarazo y la adolescencia son dos condiciones muy sensibles en la vida de la mujer. Cuando se hace necesario dimensionarlas desde el ámbito académico, es necesario detenerse a valorar aspectos cotidianos, implicaciones, factores asociados y elementos que contribuyen a deteriorar el bienestar de la mujer. El embarazo y la adolescencia, situaciones que pueden tornarse problemáticas, sobre todo cuando se juntan, ya que pueden impactar negativamente al individuo y a la comunidad.

La adolescencia es la etapa vital que va desde los 10 a los 19 años. Etapa de retos, de profundos cambios biológicos y modificaciones psicológicas. En la adolescencia se establece un nuevo lenguaje de comunicación con el entorno, donde la formación y la apropiación de conocimientos, experiencias y capacidad de adoptar posturas definidas, generan protección contra hostilidades sociales. Muchos cambios en la adolescencia hacen a la joven vulnerable a numerosas situaciones, y una de ellas es la posibilidad de quedar en embarazo, especialmente no planeado, a una edad biológica temprana.

Las cifras de embarazo en la adolescencia no se han mejorado significativamente pese a varias iniciativas tomadas a nivel mundial. El embarazo en la adolescencia es considerado indicador

de pobreza y de pérdida de las oportunidades de mejoría en las condiciones de vida, tanto desde el punto de vista del individuo como de su entorno familiar y por tanto social.

Para el año 2014 la Organización Mundial de la Salud, señaló que en el mundo 16 millones de mujeres de 15-19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años tenían un parto cada año. La fecundidad en adolescentes es un problema de salud pública en Colombia, 17,4% de las jóvenes entre 15-19 años quedaron embarazadas o se hicieron madre en el año 2015. Para ese mismo año la tasa de embarazo en adolescentes fue 86,4 por cada 1000 niñas, en la ciudad de Cartagena. El panorama no se observa alentador y condiciones sociopolíticas diversas contribuyen a perpetuar la problemática del embarazo en la adolescencia.

El embarazo a tan temprana edad es considerado de alto riesgo para situaciones médicas y sociales, especialmente cuando la mujer es menor de 15 años de edad. Comparado con el embarazo en mujeres adultas conlleva situaciones adversas: interrupción de la educación, desempleo, aislamiento social y violencia por parte de su pareja, lo cual afecta el bienestar físico, psicológico y el desarrollo social. Para muchas adolescentes que enfrentan un embarazo, es una adversidad que trunca el futuro, llevándolas a renunciar a sus proyectos de vida, lo cual condiciona la persistencia generacional de indicadores de pobreza. Esas niñas/madres quedan incluso expuesta a nuevos embarazos en la adolescencia, lo cual acrecienta la problemática con mayor posibilidad de permanecer con carencias educativas y por tanto menor preparación para la vida laboral, o sea menor capacidad productiva.

Sin embargo, las adolescentes embarazadas pueden llegar a ser capaces de sobreponerse a dicha circunstancia, superarla y afrontarla con actitud positiva y optimista, lo que la impulsa a salir

adelante. Resiliencia es la capacidad que le permite a una persona recobrase, transformarse, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad, salir fortalecidos de una situación, proyectarse en el futuro, a pesar de situaciones agravantes, de pérdida, desestabilizadoras y situaciones traumáticas graves.

Es oportuna la valoración del nivel de resiliencia que tienen las adolescentes embarazadas, para generar acciones educativas de protección. Fortalecer el nivel de resiliencia puede generar freno a otro problema importante, el embarazo repetido en la adolescencia. Es alta la presencia de adolescentes con dos o tres embarazos o nacimientos antes de los veinte años de edad.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, fue creado en el año 2000, está categorizado por Colciencias, tiene declarada la línea de investigación “gestación” de la cual hace parte el proyecto de investigación: “autoestima, resiliencia y violencia doméstica”, el cual ha logrado colocar cinco jóvenes investigadores e innovadores colombianos, estudiando condiciones médico-sociales sensibles como el embarazo en la adolescencia, la resiliencia, la autoestima y la violencia doméstica, para dimensionarlos mucho más, de solo los aspectos obstétricos o médicos. Son integrantes del grupo estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena tanto de pregrado como de postgrado, médicos generales y profesionales de salud especialmente de medicina. www.grupoinvestigacion.saluddelamujer.com.co

El Grupo de Investigación ha estudiado el nivel de resiliencia en 499 embarazadas adolescentes residentes en la ciudad de Cartagena, que recibieron atención obstétrica en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, y en la ESE Hospital Cartagena de Indias. El estudio fue realizado por medio de una encuesta que

contenía varias escalas que medían aspectos psicosociales, con participación voluntaria y con el consentimiento de las adolescentes embarazadas y de sus acudientes. En el estudio se observó que 138 (27,7%) embarazadas adolescentes presentaban resiliencia alta, 297 (59,5%) nivel de resiliencia moderada y 64 (12,8%) resiliencia baja. Prácticamente 13 de cada cien adolescentes embarazadas valoradas, presentaban nivel de resiliencia bajo, lo cual es una cifra muy importante que obliga a que se tomen acciones sociales y asistenciales preventivas.

La baja resiliencia en jóvenes lleva a desarrollo afectivo estancado, dificultad para la integración social, apartarse de las instituciones donde están con sus pares, provocando más obstáculos en su desarrollo. Las dificultades que enfrenta una adolescente embarazada si no es capaz de superarlas podrían llevarla a problemas de salud y contribuir al incremento de la carga total de discapacidad en la población. La persona que tiene nivel alto de resiliencia tiene menos conductas de riesgo, mejor sociabilización, afianza más la autoestima, autonomía y desarrolla mayor capacidad para enfrentarse a la vida cotidiana. Además, está mejor preparadas para tratar con los estímulos estresantes del entorno constantemente cambiantes, también están más abiertas a nuevas experiencias, son más flexibles ante las demandas cambiantes y muestran mayor estabilidad emocional para afrontar situaciones estresantes. La resiliencia permite aprovechar las oportunidades que de otra manera podrían perderse, para actuar con rapidez y eficacia en situaciones de amenaza y de crisis.

Se observó que fue mayor el porcentaje de embarazadas adolescentes afrodescendientes que presentaban resiliencia baja, que lo observado en mestizas, 31,2% frente al 12,2%, respectivamente. También se observó mayor presencia de resiliencia baja entre las mujeres que presentaban enfermedades asociadas

al embarazo, frente a las que no las padecían. Se deben identificar grupos de mujeres en mayor riesgo, y estos dos aspectos son muy importantes a tener presente. Es de resaltar el aspecto étnico/ racial. Las embarazadas adolescentes afrocolombianas deben ser consideradas con prioridad. Muchas carencias familiares y sociales pueden estar presentes, las cuales fomentan el embarazo en la adolescencia y a la vez inducen bajo nivel de resiliencia, esas dos circunstancias sumadas acrecientan la pobreza y las desventajas sociales, con aumento del riesgo de violencia doméstica y discriminación social.

En el estudio se observó que las jóvenes embarazadas que tuvieron nivel de resiliencia bajo presentaban peor puntuación al valorarles el familismo, tenían menor apoyo familiar con el embarazo, mayor presencia de familias disfuncionales, mayor antecedente de violencia doméstica estando en el embarazo, peor puntuación en la escala de felicidad subjetiva, mayor presencia de autoestima baja y peor perspectiva espiritual.

Es importante determinar los factores de riesgo que se asocian a la presencia de nivel de resiliencia bajo, puesto que ello permite identificar factores que pueden ser intervenidos desde los programas de atención a niñas y adolescentes. Los programas de atención a embarazadas adolescentes no deben limitarse a la atención obstétrica o médica, es fundamental una visión e intervención amplia donde se consideren aspectos sociales y se valore la capacidad de resiliencia.

Uno de los objetivos del estudio fue identificar los factores que se asociaban a mayor presencia de nivel bajo de resiliencia [factores de riesgo] y aquellos que se asociaban a menor presencia de nivel bajo de resiliencia [factores protectores]. En las adolescentes embarazadas cartageneras se observó que pertenecer a una

familia disfuncional se asociaba a 2,9 veces más para presentar resiliencia baja y tener baja autoestima se asociaba 3,2 veces más para tener resiliencia baja.

La unión de la familia va a asegurar a sus integrantes estabilidad emocional, económica y social. La importancia de la familia, radica entre otras cosas, en que es un lugar de apoyo emocional ya que se expresa lo que se siente, fomenta la autoestima, y es donde se aprende a reaccionar frente a situaciones adversas. La disfunción familiar repercute adversamente en la salud mental de cada uno de sus miembros.

En el estudio se observó que la felicidad subjetiva, era factor protector contra el nivel bajo de resiliencia. Varias investigaciones han señalado que la felicidad es buen predictor de riesgo en mujeres embarazadas. La infelicidad en el embarazo puede provocar bajo peso al nacer, influir negativamente en el desarrollo y comportamiento de los niños. Estudios latinoamericanos muestran que a mayor felicidad mayor resiliencia.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer, en otro estudio había informado que las adolescentes embarazadas que no se sentían felices tenían 2,7 veces más riesgo de presentar nivel bajo de resiliencia en comparación con las que sí se sentían felices. Poseer alto nivel de resiliencia se asocia a mayor realización personal, satisfacción con la vida y en resumen con la felicidad.

Se hace necesaria la creación e implementación de programas de atención integral de las adolescentes embarazadas, que además de la atención médica propia del proceso del embarazo, se preocupen por abordar los factores sicosociales que pueden influir en el nivel de resiliencia con el fin de mejorar los resultados maternos e infantiles tanto biológicos como sociales.

Capítulo I. Introducción

La adolescencia comprende las edades de 10 a 19 años, siendo temprana de 10 a 14 años y tardía de 15 a 19 años (1), es una etapa de retos y obstáculos, en la cual se requiere capacidad para el afrontamiento. Cuando los adolescentes sienten que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, su comportamiento puede tener efectos negativos en su vida, sus familias y en la sociedad (2).

Los cambios en la adolescencia pueden hacer al adolescente vulnerable, llevándolo a comportamiento impulsivo, a tomar riesgos imprudentes, que los lleva a accidentes de tránsito, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo y drogadicción (3).

Existe un inicio temprano de relaciones sexuales entre los adolescentes, sin utilizar métodos anticonceptivos, lo que lleva a embarazos a temprana edad (4,5). El embarazo en adolescencia es un problema en salud reproductiva en el mundo, ya que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años tienen un parto cada año, más en países de ingresos bajos y medianos, según informes de la OMS de 2014 (6).

La tasa de natalidad en adolescentes en Estados Unidos en 2015 fue de 22.3 nacidos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años. A pesar de la disminución, la tasa de natalidad en adolescentes en

este país en un 8% del 2014 al 2015, sigue siendo más alta que en otros países industrializados (7).

En los países en desarrollo la fecundidad en adolescentes ha descendido en los últimos veinte años, sin embargo la conducta reproductiva de este grupo etario genera una gran preocupación (8).

En el informe de estadísticas sanitarias mundiales para el 2014 las tasas de natalidad nacionales oscilaron de 1 a 299 nacimientos por 1000 mujeres adolescente, siendo las más altas las del África subsahariana. La tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años para el 2015 fue de 44 por 1000 mujeres. En los países de bajos ingresos [97 por 1000 mujeres de 15-19 años] fue cinco veces mayor que en los países de ingresos altos [19 por 1000 mujeres de 15 a 19 años] (6,9).

En Jamaica la encuesta de salud reproductiva del 2008, muestra que para el año 1975 hubo 137 embarazos en adolescentes, cuya cifra bajó a 79 en el 2002 y a 72 en el 2008, a pesar de esto sigue siendo alta la tasa de prevalencia. Maharaj et al. reporta una tasa de prevalencia de embarazos en adolescentes de 15-20% en este país (10). En Brasil desde la década de 1990, se ha presentado un aumento del 26% en la tasa de fecundidad entre las adolescentes (11).

Según el análisis de la línea base del Observatorio de Embarazo Adolescente en Colombia del año 2013, la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad en el año 2011 fue de 69,97 por mil mujeres (12).

De acuerdo a los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud [ENDS] del año 2015, la fecundidad en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública en

Colombia. El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años madres o embarazadas del primer hijo o hija en Colombia para el año 2015 fue de 17,4%; la región Caribe ocupó para este año el segundo lugar en porcentaje de adolescentes que habían tenido hijos (16,7%) y que estaban embarazadas en ese momento (4,4%) (13).

En el año 2010 el Departamento de Bolívar tuvo un porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez embarazadas de 21,3% (8). Para este mismo año se encontró una prevalencia de 4,4% de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena (14) y para el 2015 una tasa de embarazo en adolescentes de 86,4 por 1000, según reportes del análisis de situación de salud del año 2015 de este distrito (15).

El embarazo en menores de 19 años se considera de alto riesgo (14) y como un problema (5), ya que tiene riesgos agregados a los que se encuentran en mujeres adultas, al tener mayor prevalencia de hipertensión inducida por el embarazo (6,8%), preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino (12,0%), parto prematuro (8,3-8,8%), recién nacido con bajo peso al nacer (6,3-6,9%), anemia (49,3%), infección urinaria (13,2-23,2%), complicaciones en el parto hemorragia, desgarro cervical (10,7-15,7%), parto instrumental (4,9-8,2%) (16,17). En menores de 15 años se ha presentado mayor incidencia de malformaciones en el cierre del tubo neural (18).

Además, en las adolescentes embarazadas se ha encontrado mayor riesgo, en comparación con adultas embarazadas, de desarrollar problemas sociales, tales como interrupción de la educación, desempleo, aislamiento social y violencia por parte de su pareja, lo cual afecta en mayor medida su bienestar físico, psicológico y el desarrollo social (19). Se pueden presentar modificaciones en el nivel de autoestima con incremento en la frecuencia de ansiedad y depresión (20). Se espera entonces que

la calidad de vida de las adolescentes embarazadas sea inferior a la de las adultas embarazadas (19).

La mayoría de estos embarazos adolescentes son no deseados al presentarse, las ilusiones de esta edad se ven afectadas y restringidas, lo cual es reforzado por la inseguridad y el temor, aun más se pueden presentar sentimientos negativos en las adolescentes de frustración, fracaso y en su familia y en el padre del hijo, generando rechazo hacia ella (5,18,21).

Muchas adolescentes que enfrentan un embarazo ven esta situación como una adversidad en sus vidas, lo que trunca su futuro, llevándolas a renunciar a sus proyectos de vida, y aún más si no reciben apoyo social, ni familiar y son víctimas de violencia; sin embargo, hay quienes a pesar de esta situación son capaces de ver en esta circunstancia un motivo de superación, afrontándola con una actitud positiva y optimista que las impulsa a salir adelante, y es aquí donde juega un papel importante el concepto resiliencia (21,22), ya que a través de esta la adolescente embarazada podría enfrentar y superar los cambios y desafíos, debido a que la resiliencia es la capacidad que le permite a una persona o grupo recobrase, transformarse, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad, salir fortalecidos de la situación, proyectarse en el futuro, a pesar de situaciones agravantes, de pérdida, desestabilizadoras y situaciones traumáticas graves (23). No se debe entender como una negación de las experiencias difíciles sino que es la habilidad para seguir adelante a pesar de ello (24).

Brigido y col. [Brasil, 2010], encontraron que los estudiantes de escuelas públicas tuvieron mayor nivel de resiliencia en comparación con las privadas, no siendo significativamente diferente en función al género, edad, ingreso familiar y trabajo (25).

Un estudio por Rua y col. [Portugal, 2011], donde se buscó validar la escala de resiliencia de Wagnild y Young, en hombres y

mujeres de 12 a 18 años portuguesas, muestra que en general los adolescentes presentan una capacidad de resiliencia entre niveles medio y elevado (26). Este estudio evidencia que en general los adolescentes estudiados presentan niveles de resiliencia buenos sin discriminar sexo, de igual forma Morales y Díaz [Michoacán, 2011], realizaron un estudio en el que identificaron la existencia de diferencias en la resiliencia en adolescentes que residen en el estado de Michoacán/México, a partir del género, edad, escolaridad y procedencia, en el cual encontraron que solo un pequeño porcentaje de los adolescentes tanto varones, como mujeres tenían niveles de resiliencia altos por cada uno de los factores de esta [fortaleza y confianza en si mismo -23,8%-, competencia social -25%-, apoyo familiar -17,6%-, apoyo social -0%-, estructura 17,6%] (27), se observa la diferencia entre ambos estudios, debido a que los adolescentes portugueses presentaron mejor nivel de resiliencia que los mexicanos, quizás por el hecho de que estos países son muy diferentes desde el punto de vista cultural, económico, en la oportunidad de empleo y de estudios, entre otras.

Respecto a las adolescentes en estado de embarazo se encontró que Wilson-Mitchell y col. (Jamaica, 2014), evidenciaron que 23% de las adolescentes embarazadas incluidas en su estudio presentaron angustia psicológica y tuvieron que ser remitidas para apoyo psicológico, 6,6% tuvieron ideación suicida. Las entrevistas revelaron que la resiliencia en esta población estudiada fue la característica más notable. La resiliencia se relacionó en esta población con un enfoque en el futuro y la motivación para superarse (10).

Por su parte, Salazar y col. (Guayaquil, 2010), realizaron un estudio donde querían comparar la prevalencia de síntomas depresivos y el nivel de resiliencia entre mujeres gestantes adolescentes [de 19 años o menos] y mujeres embarazadas entre

20 y 30 años que asistían a un hospital en Guayaquil/Ecuador, encontrando que en embarazadas adolescentes se presentaba una puntuación baja en la escala de resiliencia, indicando baja resiliencia, los autores concluyeron que debido a esto existe la necesidad de desarrollar programas de apoyo clínico y emocional para adolescentes embarazadas con el fin de fortalecer la resiliencia, y mejorar las capacidades sociales, mentales y emocionales, para que puedan superar las adversidades, además señalan la necesidad de más investigaciones en torno a este tema (5).

Jaramillo-Vélez y col. realizaron un estudio en Medellín/ Colombia para establecer los niveles de resiliencia y espiritualidad en las mujeres maltratadas y determinar su relación con distrés, frecuencia e intensidad del maltrato que recibían, así como con severidad de lesiones ocasionadas por el mismo, su estudio incluyó mujeres en edades entre 16 y 72 años con una media de 35,5 años, encontrando que la media de la escala de resiliencia fue de $147,3 \pm 25,0$ la cual se mueve entre moderada y alta resiliencia, quizás el nivel de resiliencia elevado encontrado en esta población puede deberse a que se incluyeron mujeres adultas las cuales pueden tener una mayor madurez emocional y mental. Los autores proponen que sería adecuado realizar intervenciones en las que se exploren los recursos personales y sociales que coadyuvan a la superación de la experiencia adversa en estas mujeres y sería importante identificar factores que promueven la resiliencia, debido a que contribuyen al autocuidado y a la adaptación exitosa (28).

Como han señalado los autores citados anteriormente en sus investigaciones, es importante identificar qué factores influyen en el nivel de resiliencia de una persona con el propósito final de fortalecerlos en el caso de que influyan positivamente sobre esta o tratar de quitarlos o minimizarlos en el caso que lo hagan de forma negativa, con tal fin diversos autores han identificado algunos

factores asociados a la resiliencia, entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

En una encuesta en EEUU a nivel nacional, se encontró que aquellos estudiantes que se identificaron como más religiosos tenían una mayor autoestima y más actitudes positivas hacia la vida que los compañeros menos religiosos (29).

El estudio de Wilson-Mitchell y col. [Jamaica, 2014] en adolescentes jamaquinas embarazadas entre 12 y 17 años, mostró relación entre buena salud mental con la capacidad de aceptar la realidad de la situación, y de autoentrenarse en resiliencia. Además, vieron que las que tenían apoyo social tendían a ser más resilientes e indican que el recibir apoyo por parte de entidades gubernamentales y el hecho de ser aceptadas en las escuelas para continuar su educación se relaciona con una mejor capacidad de sostenibilidad en el futuro (10). De igual forma Ribeiro y Gualda [Brasil, 2011] en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de Minas Gerais/Brasil, reportaron que el apoyo social estimula la resiliencia en adolescentes embarazadas, permitiéndoles crear expectativas con relación a sus hijos y su futuro (30).

Según el estudio de Morales y Díaz mencionado anteriormente, las mujeres presentaron mayor resiliencia, al igual que las que tenían mayor escolaridad, también hubo una diferencia de la resiliencia de acuerdo a la procedencia siendo más alta en aquellos cuyos lugares donde viven generan más oportunidad económica. No hubo asociación con la edad (27).

El estudio de Salazar y col. mostró que las gestantes adolescentes tienen menor resiliencia que las adultas y un mayor porcentaje de las adolescentes tienen puntuaciones totales en la escala de resiliencia por debajo de la media que fue 82, con respecto a las no adolescentes (52,3% frente a 41,1% respectivamente, p

0,04), lo que pudiera indicar que la edad puede influir en el nivel de resiliencia que tiene una persona, además mostró que tener una pareja adolescente [OR 2,0 IC95% 1,06-4,0; p =0,03] y un parto prematuro [OR 3,0 IC95% 1,43-6,55; p 0,004] se relacionó con mayor riesgo de baja resiliencia (5).

Se ha reportado que los afrodescendientes pese a las diferentes circunstancias adversas a través de la historia, han sido una población que ha presentado una alta capacidad de resiliencia frente a estas, lo que les ha permitido resaltar en diferentes ámbitos a nivel de América (31).

Por su parte Boukydis en su estudio indicó que hubo un incremento significativo del apego materno-fetal, disminución de la ansiedad materna, y el aumento de actitudes positivas hacia la salud durante el embarazo tras la implementación de consultas ecográficas, concluyendo que tras la sesiones de la consulta ecográfica se disminuyeron los riesgos y aumentó la resiliencia de las participantes (32).

El embarazo en las adolescentes puede traer consecuencias somáticas para la madre y para el hijo, pero también son muy importantes las consecuencia sicosociales que pueden devenir a partir de este que quizás una adulta tenga menos posibilidades de tenerla, pudiendo afectar la autoestima de la adolescente (18). El hecho de tener una baja autoestima hace que las mujeres no tengan la suficiente preparación para enfrentar los desafíos y factores estresantes del embarazo y mucho menos si es adolescente (20), de esta forma se ve afectado la capacidad de resiliencia que pueda tener. Se ha reportado en investigaciones que los niveles más altos de autoestima se asociaron con mayores niveles de resiliencia (33-35).

El estar feliz, muestra una correlación positiva con tener una mayor capacidad de resiliencia, siendo la felicidad predictora de la

capacidad de resiliencia (36,37). Esto podría comprenderse desde la perspectiva positiva sobre la felicidad, la cual sugiere que esta estimula la actividad, agudiza la conciencia, el esfuerzo y la atención no se fija en las frustraciones, a la vez el potencial humano puede ser usado al máximo de sus posibilidades, cuyas características presentes en una persona feliz podría influir de manera positiva sobre la capacidad de resiliencia que presente (37).

Álvarez y col. en México, encontraron en un estudio en adolescentes que había mayor resiliencia en mujeres, en los que cursaban mayor grado en la escuela, no presentándose diferencia en consumir alcohol y tabaco de acuerdo a la resiliencia según la ocupación, también observaron que la resiliencia predecía el consumo de alcohol alguna vez en la vida en los adolescentes, y no lo hizo con el consumo de tabaco (38). Por su parte en la ciudad de Morelia/México Sánchez y col. en adolescentes reportaron que a mayor nivel de resiliencia menos probabilidad de consumir tabaco y alcohol tienen estos (39). Se ha visto que los adolescentes con mayor capacidad de resiliencia tienden menos a consumir drogas ilícitas (40).

También, en México Palomar y Gómez en el año 2010 encontraron que el estado civil se asociaba con dos factores de la resiliencia, los casados tenían mayor promedio en el factor 1 [fortaleza y confianza en sí mismo] mientras que los solteros tenían mayor promedio del factor 4 [apoyo social], además no encontraron diferencias significativas en la resiliencia de acuerdo a escolaridad, sexo, ingresos y ocupación (41).

La pobreza se ha identificado como un factor de riesgo para menor resiliencia (24). En un estudio en México se encontró que a mayor marginación urbana menor capacidad de resiliencia presentaban los adolescentes, siendo menor en esta población la fortaleza y confianza en sí mismo, el apoyo familiar y el apoyo

social, lo que los deja con menos factores protectores. En este mismo estudio se evidencia que aquellos adolescentes que tenían familias biparentales presentaban mayor resiliencia que los que tenían familia monoparentales y en estos últimos era mayor cuando vivían con la madre (36).

Lam y col. en Lima/Perú, evidenciaron que las gestantes violentadas presentaron niveles significativamente menores de resiliencia [129.87 vs. 136.26, $p < 0,001$] en comparación con las gestantes no violentadas, también menos niveles significativos en las que tenían menor nivel educativo. Además, no encontraron diferencia significativas en los niveles de resiliencia entre las que vivían o no con la pareja, trabajaban o no, el trimestre en que iniciaron control prenatal, y el nivel educativo de la pareja (42).

En el estudio realizado por Quiceno y col. en enfermos crónicos de la ciudad de Medellín, identificaron las diferencias y relaciones de la variable resiliencia en función de las características sociodemográficas y clínicas, resaltando que no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de resiliencia en función a las características sociodemográficas como sexo, ocupación, estrato socioeconómico colombiano y estado civil (43).

Álvarez y Cáceres en Bucaramanga realizaron un estudio en estudiantes universitarios en los que encontraron una correlación negativa débil [-0,254] entre la edad y resiliencia, correlación positiva débil [0,308] entre estrato socioeconómico y resiliencia, además al comparar las medias encontraron que hubo mayor resiliencia en los solteros que en los casados y en unión libre [t: 23,15; 3,33; 3,39 respectivamente, $p < 0,01$] y mayor en los que vivían con su familia que los que no [t: 21,83; 8,48 respectivamente, $p < 0,01$] (44).

Algunos factores de riesgo, presentan variabilidad en cuanto a su efecto sobre la resiliencia en los diferentes estudios, lo que podría indicar que cada población y cada persona tienen características propias que las hacen responder de una u otra forma ante las dificultades de la vida. Además es poca la investigación que se ha realizado hasta el momento sobre factores que se asocien al nivel de resiliencia específicamente en la población gestante adolescente.

La Organización de las Naciones Unidas [ONU] a través de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO] considera que la resiliencia se debe integrar en las dimensiones institucionales, sociales, económicas y ambientales del desarrollo sostenible, en los esfuerzos a todos los niveles para combatir el hambre y la malnutrición. Además como una estrategia para superar los daños ante desastres, por lo que fue incluida dentro de la agenda del desarrollo post 2015 como uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible [ODS](45). A partir de esto la Secretaría de Emergencia Nacional [SEN] y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], conjuntamente con la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgos de Desastres [UNISDR] se encuentran abocados en la promoción y difusión de la Campaña Mundial de Reducción de Desastres, desarrollando ciudades resilientes: “Mi ciudad se está preparando” [2010-2015] y se han creado manuales para líderes de gobiernos con el fin de apoyarlos en las políticas públicas, la toma de decisión y la organización cuando ejecutan acciones de reducción de riesgo de desastres y resiliencia (46). Colombia se ha acogido a esta campaña dirigida por Henry Adolfo Peralta Buriticá, y ya se ha establecido la ley 1523 del 24 de abril de 2012 por la cual se adopta la política pública de gestión de riesgos de Colombia con el fin de lograr una Colombia menos vulnerable y más resiliente frente a los riesgos y desastres (47,48).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] y Protecting Through Education [RET] en el año 2013, crearon una guía para gobiernos llamada Acciones para la Resiliencia de la Niñez y la Juventud para ofrecer orientaciones a los gobiernos para el desarrollo y la implementación de políticas públicas dirigidas a la Gestión del Riesgo de Desastres [GRD] bajo un enfoque multisectorial [específicamente en los sectores de protección de la niñez y la juventud, educación, agua, saneamiento e higiene, salud y nutrición] para asegurar sus derechos en toda circunstancia (49).

El PNUD apoya las políticas y la programación orientadas a garantizar que los jóvenes estén informados, comprometidos y empoderados para contribuir al desarrollo humano sostenible y la resiliencia de sus comunidades. Dentro de la estrategia del PNUD para la juventud 2014-2017 se encuentra el fortalecimiento de la participación de los jóvenes en la construcción de la resiliencia (50).

En Colombia, la Guía de Atención en Salud Mental en Emergencia y Desastre del 2011 del Ministerio de la Protección Social, incluye dentro de lo que se debe hacer en las cuatro semanas posteriores a un desastre, la promoción de la resiliencia, el afrontamiento y la recuperación. También resaltan los factores que incrementan la resiliencia en niños y adolescentes, y los divide en individuales, familiares y comunitarios (51).

Factores protectores individuales como la capacidad de reconocer oportunidades en la adversidad, habilidad para desarrollar capacidades para la solución de problemas y de afrontamiento emocional, buenas habilidades sociales con pares y adultos, conciencia personal de fortalezas y limitaciones, sentimiento de empatía por los demás -la capacidad de meterse en los zapatos del otro, locus de control interno- creer que los esfuerzos que uno haga marcarán la diferencia, sentido del humor, autoconcepto positivo, autoconfianza, flexibilidad cognitiva, emociones positivas

[optimismo, sentido del humor, interés, gozo], habilidad para interactuar de manera positiva con otras personas, afrontamiento activo, ejercicio físico y espiritualidad (51).

Factores familiares como ambiente familiar positivo, buenas relaciones entre padres e hijos, armonía entre los padres y un rol valorado en el hogar (51).

Factores comunitarios como redes de apoyo social fuertes, familia extensa que brinda apoyo, buenas relaciones con los pares, influencias comunitarias que ofrecen modelos de roles positivos, roles sociales valorados, tales como ser empleado, voluntario o reconocimiento de que ayuda a los vecinos, membresía en una comunidad religiosa y actividades extracurriculares (51).

Leal y col. con el respaldo de la Embajada de los Países Bajos en Colombia, el Centro Mundial de Investigación y Capacitación para la Solución de Conflicto, la Alta Consejería para la Reintegración Social y Económica de Personas y Grupos Alzados en Armas en el marco del convenio suscrito con la Organización internacional para las Migraciones [OIM] han creado una cartilla denominada *Yo soy, cartilla de identidad, duelo y resiliencia*, con el fin de hacer intervenciones en jóvenes desmovilizados en proceso de reintegración a la vida civil (52).

EL Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], el Ministerio de Educación Nacional [MEN] y la OIM, crearon un manual denominado *Promoción de la Resiliencia Familiar, Manual de Agentes Educativos*, que busca promover el vínculo temprano en clave de resiliencia, como alternativa para prevenir desde la primera infancia, fenómenos como el reclutamiento de niños, niñas y adolescentes (53).

También la Fundación Educacional Nuevo Retiro [FENUR] implementaron un proyecto en la localidad de Kennedy en Bogotá,

para capacitar a las madres y padres adolescentes, como gestores sociales certificados, para que fueran agentes multiplicadores de la propuesta de intervención en donde se identificarán jóvenes vulnerables para potenciar habilidades y cualidades de los factores de resiliencia en embarazos adolescentes, con el fin de fortalecer la resiliencia como metodología para manejar los factores de riesgo de los adolescentes y dificultades socioafectivas y económicas de sus familias, participación proactiva con su grupo familiar en el diagnóstico y elaboración del proyecto de vida, incorporándose a programas de emprendimiento, formación de los beneficiarios como gestores sociales certificados, para ser multiplicadores con otros adolescentes que requirieran un trabajo de fortalecimiento similar (54).

En 1992 la Universidad del Estado de Iowa crea el Programa Familias Fuertes, que tiene como objetivo prevenir conductas de riesgo frente al consumo de drogas por medio de la promoción y fortalecimiento de la comunicación entre padres e hijos y la asesoría en habilidades de crianza y orientación familiar y promover la salud mental y el desarrollo de los adolescentes entre los 10 y 14 años. Este programa está siendo implementado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] basado en evidencia científica que demuestra la efectividad de trabajar con familias y adolescentes para prevenir el consumo de drogas, el delito y otros comportamientos de riesgo por parte de la juventud. Ha sido adecuado del Programa Strengthening Families Program [SFP] a la realidad social y cultural de América Latina por la Organización Pan Americana de la Salud [OPS], incluyéndolo en la Estrategia Regional para mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes, en reconocimiento al rol de la familia en la salud de los adolescentes (55-57).

El programa está siendo implementado de acuerdo a los estándares internacionales de prevención del abuso de drogas de

UNODC, en Panamá, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Perú y República Dominicana, con resultados satisfactorios (55, 58). En Colombia inicio en el año 2012 y a partir del 2014 con la formulación del Plan Nacional es implementado en todo el territorio nacional, siendo desarrollado como programa nacional por el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], con apoyo de UNODC y la OPS. El 23 de mayo del 2017 se abrió la convocatoria en este país para los profesionales que desearan formarse como entrenadores del programa ‘Familias fuertes, amor y límites. El propósito era formar 40 nuevos entrenadores del programa que a su vez permitan aumentar a 4000 los facilitadores en los 32 departamentos. A esa fecha era cerca de 11.000 los núcleos familiares certificados como ‘Familias Fuertes’ en 23 departamentos del país y se contaba con 950 facilitadores en 25 territorios (56).

En enero del 2016 el MSPS de Colombia dio a conocer la Política de Atención Integral en Salud [PAIS] que tiene como objetivo orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para así garantizar el derecho a la salud. Esta política permite la implantación de un Modelo Integral de Atención regulado por el Estado e implica el cambio en las prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los agentes a los objetivos de una regulación que centra el sistema en el ciudadano, su familia y su entorno (59).

La política recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el Plan Decenal de Salud Pública [PDSP] 2012-2021. Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud

son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educacionales, de hábitat y genéticas que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. De acuerdo con la Ley Estatutaria de la Salud, el legislador deberá definir procesos para su intervención, y su abordaje se considera intersectorial. Toda política nacional o territorial de salud debe partir del análisis de los determinantes y se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas desde la PAIS (59).

La PAIS requiere un modelo operacional y para esto se crea el Modelo Integral de Atención en Salud [MIAS], cuyo propósito es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. El modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. Para la operación del MIAS es necesario organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas (59).

Uno de los componentes operacionales de este modelo son las Rutas Integrales de Atención en Salud [RIAS], que son una

herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas [PIC] como del Plan de Beneficios [PB], incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. El MSPS ha planteado tres tipos de RIAS: 1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, 2. Ruta integral de atención para grupos de riesgo y 3. Rutas integrales de atención específica (59,60).

En lo que concierne específicamente a la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Así mismo, incluye las acciones que desde el cuidado se debe proporcionar desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud comprendiendo también aquellas que se espera que el propio individuo realice para prevenir los riesgos o mejorar su recuperación de la enfermedad (59,60).

Uno de los enfoques orientadores de las RIAS es el enfoque de curso de vida que se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo de dicho curso de vida. De tal manera “que el

estado de salud a cualquier edad, para una cohorte de nacimiento determinada, refleja no solo las condiciones contemporáneas sino la encarnación de las circunstancias vitales anteriores, desde la etapa intrauterina en adelante”. Es por esto que han establecido una ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud para cada etapa del ciclo vital. Los momentos vitales y su conceptualización acogidos por las RIAS son: i) Primera infancia, ii) Infancia, iii) Adolescencia, iv) Juventud, v) Adulthood y vi) Vejez. La adolescencia se refiere a hombres y mujeres entre los 12 y 17 años (60).

La ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en la adolescencia establece una serie de intervenciones que se deben realizar de las cuales muchas no se llevan a cabo aun, ya sea porque no se cuenta con personal idóneo o porque no cuentan con referentes técnicos ni operativos para su desarrollo y no existen herramientas para el seguimiento y evaluación de las intervenciones. De estas intervenciones se resaltan para este estudio las siguientes: dentro de la valoración de la salud mental de los adolescentes propone valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud, mediante la valoración, promoción y educación de estrategias de preparación y afrontamiento frente a sucesos vitales normativos [estrés escolar, inicio de relaciones sexuales, vinculación a la educación superior y/o vida productiva, entre otros] y no normativos [muerte, enfermedad, accidentes, separación de los padres, cambio de hogar, migración o desplazamiento, privación de la libertad, pérdidas materiales o de redes de apoyo social, entradas y salidas de personas a la familia, nacimiento de un nuevo miembro de la familia, cambio de creencias, ser objeto de violencia, desastres naturales o de origen antropogénico] con el fin de mitigar el impacto negativo del estrés en el estado de salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas

y trastornos mentales. También sugiere valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral, valorar y promover el contexto social y las redes de apoyos sociales y comunitarios, educar en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud física y mental (61).

Como se puede ver a nivel internacional y nacional se han puesto en marcha programas y políticas que respaldan el fortalecimiento de la resiliencia en las diferentes poblaciones para la superación de situaciones difíciles y la prevención de riesgo en el consumo de drogas, delincuencia, ambientales y de salud. Además programas y políticas que respaldan la importancia de la intervención de la persona desde los diferentes ámbitos de su vida como es la familia, pares, ambiente y desde las entidades gubernamentales y no solamente desde lo físico y le dan importancia a los diferentes factores con un enfoque de los determinantes sociales que pueden afectar la salud de las personas, con el fin de mejorarlos.

De acuerdo con lo anterior, este estudio busca dar respuesta al siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016?

Por tal motivo se considera importante reconocer el nivel de resiliencia de embarazadas adolescentes y los factores que pueden estar asociándose a que en ellas este nivel sea bajo, con el fin de establecer estrategias que permitan en un mediano plazo modificarlas e incidir en un mejor bienestar y calidad de vida de la adolescente embarazada y su familia.

El desarrollo del proyecto, generará una línea de base sobre los factores que se asocian a la baja resiliencia, de tal forma que permitan la creación e implementación de programas de intervención en salud y educativos de atención integral que involucren a todo el

personal de salud, además psicología, trabajo social y escuelas, que brinde la oportunidad a las gestantes adolescentes, su pareja y familia de desarrollar y fomentar determinados factores que promuevan la resiliencia.

Este trabajo permitirá distinguir la frecuencia de esta problemática, y se espera que incentive la creación de políticas por parte del gobierno centradas en esta población, buscando la mejoría de los factores que sean de competencia de las diferentes dependencias gubernamentales.

Además, facilitaría la socialización de esta problemática a los médicos generales y especialistas de las instituciones donde se tomó la muestra y a todo aquel que tenga acceso a este estudio, con el fin de sensibilizarlos y mostrar la importancia que tiene determinado nivel de resiliencia de la gestante adolescente y los factores que la influyen, en el bienestar futuro materno-infantil, para despertar en ellos el interés por indagar el nivel de resiliencia de cada paciente gestante adolescente que atiendan y los factores que puedan tener, que influyan a que sea bajo este nivel, con el fin de trabajar en equipo para disminuirlos.

Capítulo II. Objetivos

General

Establecer los factores que se asocian a nivel de resiliencia baja en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016.

Específicos

Establecer la caracterización de la población de gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena, en el año 2016 según:

- *Características sociodemográficas:* Edad, etapa de la adolescencia, procedencia, etnia, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, asistencia a iglesia, religiosidad, espiritualidad.
- *Características ginecobstétricas:* Semana de gestación, trimestre del embarazo, control prenatal, trimestre de inicio de control prenatal, realización de ecografías, número de ecografías, percepción de embarazo de riesgo, patologías durante el embarazo.
- *Características familiares:* Familismo, tipo de familia, personas con quien convive, apoyo de la familia, apoyo del compañero, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo.

- *Hábitos de consumo de sustancias tóxicas:* Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.
- *Estado sicoemocional:* Felicidad subjetiva, autoestima.
- *Apoyo social:* Apoyo de amigos, de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
- *Características del compañero:* Edad, escolaridad.

Determinar el nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016.

Establecer el nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016 según las siguientes características de la gestante adolescente y de su compañero:

- *Características sociodemográficas:* Edad, etapa de la adolescencia, procedencia, etnia, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, asistencia a iglesia, religiosidad, espiritualidad.
- *Características ginecobstétricas:* Semana de gestación, trimestre del embarazo, control prenatal, trimestre de inicio de control prenatal, realización de ecografías, número de ecografías, percepción de embarazo de riesgo, patologías durante el embarazo.
- *Características familiares:* Familismo, tipo de familia, personas con quien convive, apoyo de la familia, apoyo del compañero, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo.
- *Hábitos de consumo de sustancias tóxicas:* Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.
- *Estado sicoemocional:* Felicidad subjetiva, autoestima.
- *Apoyo social:* Apoyo de amigos, de entidades gubernamentales

y no gubernamentales.

- *Características del compañero:* Edad, escolaridad.
Estimar la asociación entre baja resiliencia y los factores de riesgo:
- *Características sociodemográficas:* Edad, etapa de la adolescencia, procedencia, etnia, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, asistencia a iglesia, religiosidad, espiritualidad.
- *Características ginecobstétricas:* Semana de gestación, trimestre del embarazo, control prenatal, trimestre de inicio de control prenatal, realización de ecografías, número de ecografías, percepción de embarazo de riesgo, patologías durante el embarazo.
- *Características familiares:* Familismo, tipo de familia, personas con quien convive, apoyo de la familia, apoyo del compañero, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo.
- *Hábitos de consumo de sustancias tóxicas:* Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.
- *Estado sicoemocional:* Felicidad subjetiva, autoestima.
- *Apoyo social:* Apoyo de amigos, de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
- *Características del compañero:* Edad, escolaridad.

Capítulo III. Marco teórico

Definición y características de la resiliencia

La palabra resiliencia se origina en el latín, del término resilio que significa “volver atrás”, “volver de un salto”, “resaltar”, “rebotar”. Este término fue adaptado a las ciencias sociales para referirse a las personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (62).

Grotberg define resiliencia como la “capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por ella”. Considera que es parte del proceso evolutivo y que deber ser promovido desde la niñez (63). Por su parte Melillo y Luthar, definen resiliencia como “un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad”, en esta definición se pueden distinguir tres componentes esenciales de la resiliencia: por un lado la noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano, por otro la adaptación positiva o superación de la adversidad, y por último el proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano (23).

Por algún tiempo se pensó que la respuesta resiliente era inusual y patológica, sin embargo la actual literatura muestra que

es una respuesta común y su presencia no es patológica sino que es un ajuste saludable ante la adversidad (23).

García- Díaz y col. en su revisión bibliográfica han identificado cuatro atributos de la resiliencia, los cuales son: 1) Rebotar: se refiere a la capacidad de una persona de recuperarse posterior a la exposición a un evento que cambie su vida, este atributo le permite reconocer la situación adversa y a partir de ella crecer, aprender y avanzar hacia una nueva vida normal; 2) Determinación: hace referencia a tener una firme intención de lograr un fin deseado, permitiendo que las personas tengan la convicción de poder superar cualquier obstáculo al que se enfrenten; 3) Apoyo social: se refiere al mantenimiento de relaciones positivas con otras personas significativas, y con redes de apoyo social con el fin de expresar sentimientos, lo cual ayuda a hacer frente a las diferentes situaciones de la vida; y 4) Autoeficacia: hace referencia a la creencia en la propia capacidad para alcanzar una meta o superar un evento, permitiendo que la persona se mantenga fuerte cuando se enfrenta a un evento cambiante en la vida (64).

También se han identificado ocho pilares de la resiliencia, son: 1) Independencia: Se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos [distancia emocional y física]; 2) Introspección o capacidad de *insight*: Es la capacidad de mirarse a sí mismo, detectar y reconocer las propias emociones; 3) Capacidad de relacionarse o interacción: Es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, es crear vínculos; 4) Iniciativa: Es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes; 5) Humor: Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia; 6) Creatividad: Es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden, es hacer todo a partir de la nada; 7) Moralidad: se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de

comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo. 8) Autoestima consistente: Es la base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo (23).

Resiliencia y adolescentes

Rew y col. en el año 2001 en un grupo de adolescentes pobres de zonas rurales, definió la resiliencia como la capacidad de una persona de ser inmune y adaptarse al estrés que permite a la persona desarrollarse como individuo a pesar de experiencias de vida infelices (2).

Algunas características de los jóvenes resilientes son (65):

- Adecuado control de emociones en situaciones difíciles o de riesgo, demostrando optimismo y persistencia ante el fracaso.
- Habilidad para manejar de manera constructiva el dolor, el enojo, la frustración y otros aspectos perturbadores.
- Capacidad de enfrentar activamente los problemas cotidianos.
- Capacidad para obtener la atención positiva y el apoyo de los demás, estableciendo amistades duraderas basadas en el cuidado y apoyo mutuo.
- Competencia en el área social, escolar y cognitiva; lo cual les permite resolver creativamente los problemas.
- Mayor autonomía y capacidad de autoobservación.
- Gran confianza en una vida futura significativa y positiva, con capacidad de resistir y liberarse de estigmas negativos.
- Sentido del humor, flexibilidad y tolerancia.

Durante la adolescencia se puede estar expuesto a diferentes riesgos, que pueden afectar negativamente la vida de una persona

desde el punto de vista físico, emocional y social, el origen de estos riesgos puede deberse a: características de la zona de influencia o del lugar de donde proviene la familia y el o la adolescente debido a la exclusión social que se vive en algunos lugares; las características del hogar como sistema protector, así como la escuela y el grupo de pares; la aceptación y adaptación al nuevo cuerpo, debido a que todos los cambios y la rapidez con que se vive, generan sentimientos de preocupación y ansiedad; el distanciamiento físico entre los adolescente y sus padres o personas adultas cercanas, a diferencia de la época infantil en la que solían intercambiar besos, caricias y abrazos; ser víctima de violencia física, psicológica o emocional, sexual, abandono o negligencia, o cuando el niño, niña o adolescentes es testigo de la violencia que se da en el ámbito doméstico y escolar; la búsqueda de la respuesta a la pregunta ¿quién soy?, entre otros (66).

Estas situaciones mencionadas pueden llevar a conductas de alto riesgo, por ejemplo: el uso y abuso de alcohol y drogas que aumenta el riesgo de accidentes automovilísticos y de situaciones de violencia; el inicio de una vida sexual prematura y no protegida aumenta el riesgo de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual [ITS]. El desarrollo de habilidades para ser resiliente es una forma de prevenir en los adolescentes la aparición de estos riesgos y sobreponerse a sus consecuencias (66).

Cada adolescente puede desarrollar la resiliencia, es importante saber que las estrategias para la construcción de la resiliencia que funcionan en una persona no necesariamente funcionan en otras. Cada quien tiene diferentes estrategias para hacerlo. Es importante el papel del personal de salud en el desarrollo de la resiliencia en los adolescentes ya que deben actuar como facilitadores del proceso proponiendo y promocionando acciones que colaboren con su construcción. De esta forma en cada contacto de los

trabajadores de salud con un adolescente, una de las cosas que deben reportar aparte de los parámetros biofísicos es como se encuentran los riesgos y la resiliencia biopsicosocial, de igual forma deben promover el desarrollo de la resiliencia en la consulta (66).

Alguna de las acciones que permiten promover la resiliencia en los adolescentes son (66):

1. Fomentar la autoestima y el autocuidado: Ayudar a que reconozca las propias necesidades y sentimientos. Fomentar la participación en actividades que disfrute y encuentre relajantes. Proponer que haga ejercicio con regularidad: Indicar que el cuidado de sí mismo ayuda a mantener la mente y el cuerpo listos para enfrentarse a situaciones que requieren resiliencia.
2. Invitar a que alcance sus metas y promover el desarrollo de planes realistas: Proponer la realización de alguna actividad en forma regular que le permita moverse hacia sus metas, paso a paso y evitar dejarse llevar por impulsos.
3. Promover la toma de acciones decisivas previa información: Hacer que la persona adolescente participe de la toma de decisiones sobre su salud y para ello brindarle información, aclarar dudas y ofrecer las opciones tanto para prevención como para tratamiento en los casos en que sea necesario.
4. Promover el buen relacionamiento con los miembros cercanos de la familia, amigos u otras personas importantes, así como estimular la aceptación de apoyo: Desarrollar y fortalecer las habilidades en comunicación contribuye a la resiliencia. Proponer la participación en grupos cívicos, organizaciones religiosas u otros grupos locales, pues se ha visto que en algunas personas esto les provee sostén social y las ayuda a tener esperanza. Ayudar a los demás

en sus momentos de necesidad también fortalece al que lo hace.

5. Proponer el autodescubrimiento: Conocerse a sí mismo, buscar significado de su vida, establecer sus metas, sueños, aspiraciones y lo que considera que debe fortalecerse.
6. Ayudar a entender que las crisis son problemas superables: Si bien no se puede cambiar el hecho de que suceden los eventos altamente estresantes, sí se puede cambiar la forma de interpretar y responder a estos eventos. Ayudar e invitar a que se mire más allá del presente y a pensar en el futuro.
7. Contribuir a aceptar el cambio como parte de la vida: Algunas metas pueden no ser alcanzables como resultado de situaciones adversas. Aceptar las circunstancias que no se pueden cambiar puede ayudarle a concentrarse en las circunstancias que se pueden alterar.
8. Ayudar a cultivar una visión positiva de sí mismo: Promover el desarrollo de la confianza en su capacidad para resolver problemas y que confíe en sus instintos, como aspectos que ayudan a construir la resiliencia.
9. Contribuir a mantener las cosas en perspectiva, incluso en momentos difíciles.
10. Promover una actitud optimista y el sentido del humor: Una visión optimista le permite esperar que ocurran cosas buenas en su vida.

Factores asociados a resiliencia

Características sociodemográficas:

Edad y etapa de la adolescencia: La edad se refiere al “tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales” (67), aquí se hablará en términos de años.

La adolescencia puede considerarse como una etapa crítica de la vida, ya que comprende una transición de la infancia a la adultez, donde se presenta un aceleramiento en el crecimiento tanto físico como cognitivo y ocurren cambios biológicos, psicológicos, espirituales y sociales (3,24). La OMS ha establecido que la adolescencia comprende desde los 10 hasta los 19 años, dividiéndola en temprana desde los 10 hasta los 14 años y tardía desde los 15 hasta los 19 años (1,24,68). La OPS por su parte la clasifica en temprana desde los 10 hasta los 13 años, media de los 14 a los 16 años y tardía desde 17 a 19 años (69). Para este estudio se usó la clasificación de la OMS, por ser referente a nivel mundial.

Se ha observado que la resiliencia es mayor en gestantes adultas que en gestantes adolescentes (5), debido a que las adultas tienen más capacidad de regulación emocional y resolución de problemas. Por su parte los jóvenes requieren del apoyo social y tienen más factores protectores externos, lo cual determina su resiliencia, y estos en ocasiones son deficientes, por tanto pueden presentar algunas dificultades para desarrollarla, a menos que cuenten con la ayuda de un adulto, especialmente de aquellos en quienes ellos confían, respetan, aman y con los que se sienten unidos de alguna manera (70).

Durante la adolescencia se presentan problemas de identidad que no suelen presentarse en edades mayores, debido a que los adolescentes buscan encontrar en el medio social las posibilidades para que su identidad sea reconocida y que su autonomía sea validada en las decisiones y acciones que asumen, para progresivamente dar sentido y forma a su proyecto vital, necesitan autenticar y obtener reconocimiento al proyecto de identidad que han estado ensayando. La resiliencia durante esta etapa de la vida tiene que ver con la capacidad de resolver estos problemas, y muchas veces el contexto en el que vive el adolescente no brinda las condiciones

apropiadas para que se desarrolle de forma positiva, y sería un agravante a los propios problemas de la edad para el desarrollo de una adecuada resiliencia (71) y aún más si la mujer adolescente se encuentra en embarazo.

En la misma etapa de la adolescencia se ha descrito otra forma de comportamiento de la capacidad de resiliencia siendo menor en la adolescencia tardía y más en la población de bajo nivel socioeconómico, por el hecho de que son más conscientes del mundo al que se enfrentan y van tomando conciencia de las responsabilidades que les han de venir (36,44). Esto porque hacia el final de la adolescencia se dan una serie de transiciones como lo es la maduración de su proyecto vocacional, el egreso de la escuela, quienes logran terminarla y comienza la incertidumbre sobre el futuro laboral y existencial (71).

La resiliencia en los jóvenes tiene que ver entonces con fortalecer la autonomía y aplicación, es decir la capacidad de gestionar sus propios proyectos de modo responsable y diligente (72).

Procedencia: Es definida por la Real Academia como origen, principio de donde nace o se deriva algo o punto de partida de un barco, un tren, un avión, una persona, etc., cuando llega al término de su viaje, hace referencia al origen geográfico de alguien (73,74).

Según la teoría ecológica de la resiliencia utilizada por Baldwin, los ambientes donde una persona se desarrolla son identificados como factores que pueden afectar sobre la respuesta de esta ante un evento de adversidad, ya sea de forma protectora, generando buena capacidad de resiliencia o de forma negativa provocando baja capacidad de resiliencia, modulando de esta forma los efectos del trauma. Son importantes las características, comportamientos, costumbres, creencias, ideologías del lugar (familia, pueblo, sociedad) de donde procede una persona, debido a que estas serán

promotores de los recursos de cada individuo para poder alcanzar autogestión del desarrollo personal y social. Ese entorno en donde un individuo crece puede limitar pero también potenciar las actividades de resolución de problemas, manejo del estrés, capacidades de afrontamiento de las situaciones críticas, entre otras y así promover la resiliencia (75).

Se ha señalado que la capacidad para afrontar el estrés exitosamente y los eventos adversos, son el resultado de la interacción de diversos elementos en la vida de la persona como lo es las características internas, la familia y el ambiente, en especial lo relacionado con su crianza y las características de apoyo que estén presentes en esta; también la cantidad e intensidad de las circunstancias complejas por las que haya pasado características del lugar en donde vive o vivió. Se ha observado que jóvenes que proceden de áreas en las que hay más oportunidades para mejorar la vida económica presentan mayor resiliencia (27).

Etnia: Hace referencia a una comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales (76). En Colombia se identifican las siguientes etnias: afrodescendiente [cuando ambos padres también tienen características fenotípicas y culturales afrodescendiente, y proceden de asentamientos afrodescendientes], blanco [cuyos ascendientes papá y mamá tienen características fenotípicas y culturales árabes, europeas], indígena [cuando son hijas de madre y padre con características fenotípicas y culturales indígenas, y proceden de resguardos indígenas], mestizos [no cumplen con ninguna de estas características, y es el producto de la unión de varias etnias], y otros [gitanos, árabes judíos, etc) (77-79)].

La población afrodescendiente, se ha caracterizado por presentar un alto nivel de resiliencia, ya que ha sido un grupo étnico

víctima de innumerables maltratos físico, psicológico, rechazo y marginación social durante toda la historia de la humanidad, lo cual ha sido un riesgo para problemas emocionales, sin embargo, ha sido un grupo que ha superado y luchado en contra de esto. Individualmente los afrodescendientes se caracterizan por darse apoyo entre ellos, y es característico de esta población el apoyo de la familia nuclear y extendida, incluso a conocidos cuando estos tienen dificultades para mantenerse. La literatura demuestra la importancia de la familia entre la población afrodescendiente, para los cuales la familia es esencial, y teniendo en cuenta los mensajes negativos externos a los que aún se enfrentan, la familia se convierte en generadora de apoyo, seguridad y validación, lo cual ayuda a la superación de las adversidades. La población negra ha presentado una serie de características que les ha permitido su supervivencia como es dar prioridad a la familia, considerar importante la educación, necesidad de empresas individuales y trabajar duro, valores cívicos (31).

Genero afirma que la población negra ha demostrado aun en medio de una dura realidad, encontrar la manera de salir adelante, mediante la motivación a sus niños de ser ciudadanos responsables, el cuidado de los ancianos y la construcción de la comunidad, este autor señala que este actuar requiere de un alto nivel de motivación, compromiso, tenacidad y creatividad (80). Otros autores como Hines (81) y Franklin (82), destacan la gran capacidad de recuperación ante las situaciones adversas que ha tenido la población afrodescendiente. Este último autor indica que la fuerte tradición familiar entre los negros les permitió sobrevivir al sistema de esclavos, la segregación, discriminación, a la pobreza legal forzada y el racismo.

De esta forma los mecanismos de defensa con los que ha contado esta población incluyen, pero no se limitan a: redes

familiares nucleares y extendidas, rol flexible y relación de unidad en la familia y un fuerte sentido de la religiosidad (31).

Estrato socioeconómico: Se refiere al “nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización, utilizando la metodología establecida por Planeación Nacional y los parámetros definidos por la autoridad competente” (83). Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas son seis, denominados así: 1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto, 6. Alto. La clasificación en cualquiera de los seis estratos permite aproximarse a las diferencias socioeconómicas jerarquizadas, ya sea de pobreza a riqueza o viceversa. Así en una ciudad se podrían encontrar diferentes tipos de viviendas, desde un tugurio las cuales dejan ver el grado de miseria de las personas que allí habitan, hasta lujosas casas o apartamentos que dejan entrever un cúmulo de riqueza (84-86).

La pobreza se ha identificado como un factor de riesgo para menor resiliencia (24). Cuando existe una mayor marginación urbana, los adolescentes tienden a menor capacidad de resiliencia, debido a que tienen menor fortaleza, confianza en sí mismo, apoyo familiar y apoyo social, lo que los deja con menos factores protectores (36) para enfrentar las adversidades. Los adolescentes que residen en áreas donde hay menores oportunidades de empleo, que viven en condiciones poco favorables para satisfacer sus necesidades son menos resilientes (27).

Estado civil: El diccionario de la Real Academia Española define estado civil como la “condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de

poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales” (87). En Colombia el estado civil de las personas está constituido por un conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada persona con el sexo [varón o mujer], la edad [mayor o menor], la familia de procedencia [hijo legítimo, extramatrimonial o adoptivo], la familia que forma [soltero, casado o unión marital de hecho], la existencia [vivo o muerto] que permiten individualizar e identificar a cada persona con más precisión, así, el estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, y determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley (88-91). En este estudio se centrará en el estado civil con respecto a la familia que forma.

En estudiantes universitarios el estado civil soltero se relaciona con mayor resiliencia que estar casado o en unión libre (44).

El estado civil interfiere en la capacidad de resiliencia debido a que se ha visto que determina las relaciones positivas con otros, crecimiento personal y propósito en la vida, concretamente y de un modo concluyente, así los solteros mantienen más relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, y de mutua confianza, que los casados y viudos; los casados, mantienen sentimiento de mejora y desarrollo continuado en mayor medida que los viudos; y finalmente, los casados siguen proponiéndose metas en la vida y mantienen sentido de dirección, mientras que los viudos pierden ese sentimiento de significado en la vida (92).

Fahad y Sandman sostienen que las responsabilidades adicionales que tienen las personas casadas [en comparación con las solteras], las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (93).

El nivel de resiliencia en jóvenes casados se fundamenta en que tienen una mayor fortaleza y confianza en sí mismos, en

comparación con los solteros. Por otra parte, el nivel de resiliencia de los solteros está fundamentado en que perciben más apoyo social que la gente que está casada. Esto último podría explicarse por el hecho de que cuando la gente se casa adquiere múltiples responsabilidades y a su vez tiene menos tiempo disponible para pasar tiempo con amigos y con su familia, por lo que su vida social puede verse reducida con los años (41).

Escolaridad: Hace referencia “al tiempo que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza” (94).

El nivel de educación se considera como factor de riesgo para tener baja resiliencia (24). Los adolescentes con mayor nivel educativo tienden a presentar mayor nivel de resiliencia (27,42). Esto puede deberse a que se ha visto que por ejemplo el fracaso escolar hace a los adolescentes mucho más vulnerables al daño de su salud mental e integración social. Y además se ha visto el carácter protector de la educación ante conductas de riesgo a través de elementos como el buen clima emocional y las relaciones interpersonales que se obtienen en los establecimientos educativos. Así, la experiencia escolar es el espacio social para la prevención y promoción de la salud mental integral (95).

Algunas características propias de las escuelas pueden aumentar la probabilidad de desarrollar competencias sociales y cognitivas. No es el tamaño de la escuela, la disponibilidad del espacio, la antigüedad de la escuela o el grado escolar en el que se coloca a los alumnos de acuerdo con sus capacidades. La influencia más importante de la escuela sobre los alumnos está en los aspectos relacionados con la vida escolar, las características del cuerpo docente, la naturaleza de la escuela como organización social y las acciones de los profesores en el salón de clase [estructura, preparación y planificación de las clases, énfasis en

exámenes y tareas, un sistema flexible y el uso de incentivos y recompensas] (41).

Ocupación: Según el diccionario de la Real Academia Española hace referencia al trabajo, empleo, oficio, actividad o entretenimiento en el que una persona emplea su tiempo (96). Se ha encontrado que no hay diferencias en el nivel de resiliencia en gestantes según si se trabaja o no (38,42).

Religiosidad y espiritualidad: La religión o religiosidad es entendida como el constructo ligado al aspecto institucional, mientras que la espiritualidad es entendida como el aspecto relacionado a lo personal y subjetivo. Hill y col. (97) han propuesto una serie de criterios para definir ambos constructos. Estos criterios son: [a] Espiritualidad, los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado. El término “búsqueda” se refiere a intentos de identificar, articular, mantener o transformar. El término “sagrado” se refiere a un ser divino, objeto divino, última realidad o verdad según sea percibida por la persona. [b] Religiosidad, los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado. Una búsqueda de metas no sagradas (como la identidad, pertenencia, significado, salud, o bienestar) en un contexto que tiene como su meta primordial la facilitación de los sentimientos y pensamientos. [c] Los medios y métodos (como por ejemplo, rituales o comportamientos prescritos) de la búsqueda que recibe validación y apoyo por parte de un grupo identificable de personas.

Las convicciones religiosas positivas pueden contribuir a la construcción de un sentido en la vida, es decir a la resiliencia, la relación que se crea por ejemplo entre un cristiano y Dios como su ser supremo y protector, debería dar una confianza total en la vida y en el futuro que se asocia a resiliencia (98). La resiliencia permite la adaptación exitosa ante eventos adversos o traumáticos,

mientras que la espiritualidad motiva y permite la búsqueda de trascendencia, propósito y sentido de vivir, actuando como variable independiente que favorece el desarrollo de la resiliencia (99).

Características ginecobstétricas:

Semana de gestación y trimestre del embarazo: La edad gestacional se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla hasta la fecha actual, se mide en semanas (100); el embarazo dura alrededor de 40 semanas normalmente y se divide en tres periodos de tres meses cada uno denominado trimestre del embarazo: el primero comprende desde la semana 1 hasta la 13.5 semanas, el segundo desde 13.6 semanas hasta 27 semanas, y el tercer trimestre desde 27.1 semanas en adelante (101). Se han creado métodos y programas para la determinación de la edad gestacional, aquí se utilizará para su cálculo la aplicación de teléfono móvil Qx-Calculate (102).

Se sabe que la resiliencia es de carácter dinámico, debido a que se puede ser resiliente en un momento pero no serlo en otro o inicialmente no serlo pero más tarde serlo (62); por tal motivo la capacidad de resiliencia podría ser diferente de acuerdo a si la gestante adolescente se encuentra en el inicio del embarazo o al final.

Control prenatal y trimestre de inicio de control prenatal: El control prenatal se define como el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional (103). El trimestre de inicio de control prenatal se refiere, al trimestre del embarazo en el que fue por primera vez a una cita de control prenatal. Lam no encontró diferencia significativa en los niveles de resiliencia teniendo en

cuenta el trimestre del embarazo en que se inició el control prenatal (42).

Realización de ecografías y número de ecografías: Las mujeres gestantes que acudieron a una cita ecográfica durante todo el embarazo, diferente a la realización de la ecografía convencional, presentaron mejor resiliencia y mayor apego a su embarazo y menor conducta de riesgo (32).

Percepción de embarazo de riesgo y patologías en el embarazo: Un embarazo de riesgo es aquel que presenta factores biológicos, ambientales o sociales que aumentan la probabilidad de presentar un evento no deseado, sea en el feto o en la madre o en ambos (103).

La Federación Colombiana de Perinatología reconoce como embarazos de alto riesgo aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbimortalidad materna y perinatal superior a la de la población general (104). Por ejemplo, la prematuridad, se ha asociado a baja resiliencia en gestantes adolescentes (5), este es un problema de salud que afecta a nivel médico, pero también en el ámbito económico y social.

Esta asociación establece las siguientes categorías de riesgo en el embarazo, de acuerdo a condiciones biosociales de la gestante y físicas del producto (104):

Riesgo bajo: Gestantes en las que no se han podido identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguientes.

Riesgo medio: Anomalías pélvicas, cardiopatía leve, condiciones socioeconómicas desfavorables, embarazo no deseado, es-

tatura baja, control insuficiente de la gestación, esterilidad previa, fumadora habitual, edad inferior a 16 años o superior a 38 años, gestante Rh negativo, gran multiparidad, incremento excesivo o insuficiente de peso, obesidad no mórbida, riesgo de ITS, infección urinaria o bacteriuria asintomática, riesgo laboral, sangrado genital en el primer trimestre, periodo intergenésico inferior a 12 meses.

Riesgo alto: Anemia grave, cardiopatía moderada, cirugía uterina previa, diabetes gestacional, embarazo gemelar, endocrinopatía, obesidad mórbida, preeclampsia leve, infección materna como hepatitis B, sífilis, herpes tipo II, citomegalovirus, rubeola, toxoplasmosis, VIH, pielonefritis, estreptococo beta-hemolítico, sospecha de malformación fetal.

Riesgo muy alto: Amenaza de parto prematuro, cardiopatía severa, diabetes pregestacional, drogadicción y alcoholismo, malformación fetal confirmada, gestación múltiple, muerte fetal confirmada, muerte perinatal recurrente, incompetencia cervical, retraso del crecimiento intrauterino, patología asociada grave, placenta previa, preeclampsia grave, rotura prematura de membranas en el pretérmino.

Eileen Alonso identificó en un estudio que dos de los factores de riesgo para el embarazo de alto riesgo, son: la edad materna y las situaciones de estrés permanente en la gestante (105). Esto posiblemente porque hay una menor respuesta de inmunidad celular mediada por el estrés, lo que hace a la mujer más propensas a las infecciones y a su agresividad y a causa de las catecolaminas liberadas por el estrés se estimulan receptores alfa adrenérgicos en el útero que aumenta la contractilidad de este (106).

Otro estudio también muestra un doble de riesgo en aquellas mujeres que presentaron estrés a raíz de problemas antiguos como dificultad económica, problemas sociales y de pareja; los mecanis-

mos fisiopatológicos que pueden explicar el parto pretérmino en estrés crónico, es porque este podría desgastar la resiliencia de la gestante, afectando su nivel de autoestima, optimismo y confianza en poder cambiar las situaciones, esto lleva a un aumento de los niveles de la hormona liberadora de corticotropina en la sangre que actúa en útero y cérvix facilitando el parto pretérmino (107). De esta forma se puede explicar por qué las mujeres adolescente que presentan parto pretérmino se asociaban a baja resiliencia.

En este estudio se indaga acerca de si la embarazada es consciente y percibe su embarazo como de alto riesgo o no, independientemente de cómo haya sido catalogado por el médico.

Características familiares:

Familismo, apoyo de la familia, apoyo del compañero: Los valores culturales y las creencias juegan un papel muy importante en las familias latinas (108,109), este sistema puede ser clave para la mediación de los factores de riesgos del embarazo y nacimiento (110). Se ha visto que los embarazos latinos tienen resultados al nacimiento relativamente favorables al compararlos con los de la población anglosajona y se asoció a aspectos sociales, demográficos y al comportamiento, además se atribuye a los lazos familiares de la cultura latina que promueve el apoyo cercano de la familia y mantenerse conectados a la familia extensa (110,112).

El familismo tiene su énfasis en la familia como principal fuente de apoyo social, identidad y respeto, y ve la necesidad de mantener relaciones jerárquicas respetuosas. Este término describe la fuerte identificación de los latinos con el apego a la familia nuclear y ampliada junto con un fuerte sentimiento de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre los miembros de la familia, lo cual protege su bienestar mental. Se ha descrito la importancia de este entre los latinos (109,113,114). Las personas latinas tienden a ser más orien-

tadas a las familias y presentan una mayor red familiar local, que promueven mayores visitas, intercambio y reciprocidad entre sus miembros. Norma Rodríguez et al. encontraron una asociación entre la importancia de la familia y la identidad cultural de poblaciones latinas como en México, también que el bienestar psicológico positivo se asoció con la identidad cultural latina y apoyo familiar, por su parte la angustia psicológica se asoció a apoyo familiar inferior (113).

Algunas investigaciones sugieren que el familismo es un factor protector en las personas que se enfrentan a cualquier estrés crónico, como se puede ver en el estudio de Losada et al quienes encontraron una asociación entre un mayor nivel de familismo y una menor carga percibida entre los cuidadores hispanos de pacientes con demencia (115).

Otro estudio muestra como los valores del familismo promueven el ajuste educativo en madres adolescentes, mejorando su rendimiento, lo que las lleva a tener un ambiente sano y productivo (116). Se ha reportado que las latinas tienen una actitud positiva hacia el embarazo y la maternidad, y menos ansiedad lo que es coherente con los valores del familismo, esta población tiende a mayor apoyo por parte del padre del bebé y su familia (117,118).

Campos et al. encontraron que el familismo se asoció positivamente con el apoyo social y que esta asociación era mayor entre mujeres latinas que en las americanas/europeas, en contraste encontraron que este se asociaba negativamente con la percepción del estrés y ansiedad durante el embarazo y con respecto a la percepción del estrés fue significativamente más fuerte en las latinas que en las americanas/europeas; estos autores concluyeron que el familismo puede ser un factor de resiliencia exógena que indirectamente juega un papel en el apoyo social y posiblemente en el estrés y el control de la ansiedad, debido a que ideales culturales

que se basan en relaciones positivas hacen que le sea más fácil a las personas buscar, recibir y beneficiarse del apoyo social, y esto ayuda a deshacerse de los efectos del estrés y la ansiedad (119).

Tipo de familia, personas con quien convive: A lo largo de la historia la conformación tradicional de la familia ha presentado cambios, actualmente se observan familias biparentales que se refiere a la familia nuclear tradicional formada por madre, padre y sus hijos, también se pueden encontrar familias monoparentales que son familias constituidas por uno solo de los progenitores [sea este hombre o mujer] y sus hijos. Entonces se entiende como familia monoparental aquella en la que los hijos dependen económicamente de un solo progenitor con el que convive y que tiene ya sea de hecho o de derecho la custodia sobre estos. Una familia monoparental puede derivarse de tres situaciones tradicionales: la maternidad biológica o adoptiva en solitario [madre soltera], la muerte de uno de los cónyuges [viudez], o bien a partir de la separación [de facto], o el divorcio [de jure] (120,121).

También existe la familia nuclear extendida, formada por padres e hijos con subsistemas completos como conyugal, parental, filiar y fraternal; la familia ampliada que además tienen miembros de otros subsistemas como abuelos y tíos solteros; uniones de hecho, formada por parejas que viven en común unidos por vínculos afectivos y sexuales con posibilidad de crear hijos, pero sin mediar el matrimonio; parejas homosexuales, unión de dos personas del mismo sexo, en algunos países con posibilidad de adopción; familias reconstituidas, polinucleares o mosaico, que son aquellas en las que al menos uno de los cónyuges proviene de alguna unión familiar anterior, en este tipo de familia suele haber un costo emocional especialmente para los hijos los cuales con frecuencia no participan en las decisiones de los adultos (122,123).

En este estudio se indagó por familia biparental, monoparental y las demás tipos de familias quedaron incluidas en la categoría no vive o vivió con sus padres.

Funcionalidad familiar: La familia es un sistema que se conforma de subsistemas como el conyugal [papá, mamá], paterno-filial [padres e hijos], fraternal [hermanos]. Todas las familias tienen características que pueden hacer parecer distintas o similares a otras (124).

Las familias son dinámicas, evolutivas y tienen funciones que cumplen durante las etapas de este desarrollo, como afecto, socialización, cuidado, reproducción, y estatus familiar. Estos aspectos determinan la funcionalidad familiar y es un parámetro importante en la salud familiar. La disfunción familiar es el no cumplimiento de alguna de estas funciones por alteración en alguno de los subsistemas familiares por cambio en los roles de sus integrantes (125).

Violencia en el embarazo: La violencia contra la mujer es un serio problema de salud pública a nivel mundial (126,128). La OMS define la violencia de pareja como el "comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluyendo actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y comportamientos de control", abarcando tanto a la pareja actual como la pareja pasada (129). El término violencia doméstica es usado de forma indistinta en muchos países para referirse a la violencia de pareja, sin embargo el término puede abarcar también "el maltrato infligido a niños y ancianos o el maltrato infligido por cualquier integrante de la familia" (130), y se entiende por violencia en el embarazo, cualquier expresión de violencia sea psicológico, sexual o físico que se dé durante el periodo de gestación de una mujer. Las mujeres embarazadas que son violentadas tienen a tener menor resiliencia que las que no lo son (42).

Hábitos de consumo de sustancias tóxicas:

Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas: Se ha observado que los adolescentes que consumen alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas tienden a presentar menor resiliencia que los que no lo hacen (38,40).

Estado sicoemocional:

Felicidad subjetiva: La felicidad es un concepto multidimensional y es el objetivo de todas las personas (131). Esta es el balance subjetivo de efectos positivos y negativos resultante de una experiencia (36). Se ha definido como “un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado” (132).

Una persona feliz logra tener éxito en muchos aspectos de su vida, además, los que se consideran felices responden adaptándose mejor a las situaciones diarias y se recuperan fácilmente ante eventos negativos (133).

Se ha observado correlación positiva entre estar feliz y tener una mayor capacidad de resiliencia (36,37).

Autoestima: Es entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo (34). Desde el enfoque de la psicopatología evolutiva la persona que presenta una alta autoestima suele presentar mayores niveles de resiliencia (33,35,75), debido a que la autoestima se relaciona con un buen desarrollo de las competencias de una persona (75).

El embarazo en las adolescentes puede traer consecuencias físicas tanto para la madre como para el hijo, así, se ha señalado en embarazadas adolescentes mayor prevalencia de patologías durante el embarazo (16,17), malformaciones fetales y también

pueden presentarse importantes consecuencias sicosociales (18) esto puede influir negativamente en la resiliencia, debido a que una mujer con baja autoestima no tiene la suficiente preparación para enfrentar los desafíos y factores estresantes del embarazo y mucho menos si es adolescente (20).

Apoyo social:

Apoyo de amigos: El apoyo social también se ha relacionado con la capacidad de resiliencia (134). La interacción social entre el joven adolescente y sus amistades es un factor externo importante, pues adiciona un soporte afectivo y puede suplir en ocasiones, las fallas del grupo familiar disfuncional; la influencia de sus pares puede mejorar habilidades en la resolución de problemas, facilitando de esta forma el desarrollo de la resiliencia (35,135).

Leiva, Pineda y Encina encontraron que el apoyo social de las amistades resultaron ser significativos para explicar los niveles de resiliencia (35). Durante el embarazo de una mujer sus relaciones pueden ofrecerle apoyo social proporcionándole una protección contra el estrés y la ansiedad propios de este cambio de la vida de una mujer (136). Investigaciones en el embarazo sugieren que los recursos psicosociales pueden ser importantes en la promoción de resultados saludables del embarazo para todas las mujeres (136,137).

Campos et al. también encontraron que el apoyo social se asociaba positivamente con el peso al nacer, en latinas nacidas en el extranjero que viven en EEUU, al compararlas con latinas que nacieron en ese país y americanas y europeas, estos hallazgos sugieren que los valores culturales enfatizando las relaciones sociales positivas pueden estar asociada con beneficios psicológicos que tienen implicaciones para la salud física y mental (119). Esto puede deberse a que el apoyo social reduce el estrés y la ansiedad (138).

Por su parte Roos et al. reportan que la falta de apoyo social es predictor de angustia y ansiedad durante el embarazo, y que también lo es la baja capacidad de resiliencia, viéndose aquí que la falta de apoyo social está acompañada de una baja resiliencia (139).

El apoyo social se debe disponer durante todo el embarazo para aumentar la capacidad de resiliencia en la población adolescente y diseñar programas que propicien esto, los cuales deben incluir la participación de la pareja y familiares, provocando la adaptación positiva hacia el embarazo, lo que ayudará a la adolescente a superar la difícil tarea de ser madre. Las adolescentes embarazadas necesitan ayuda para manejar los sentimientos negativos y comunicar sus necesidades a adultos e instituciones (5).

Entidades gubernamentales y no gubernamentales: Muchos gobiernos han visto la necesidad de promover programas que incentiven el apoyo, desde el punto de vista de los servicios de salud, la educación y oportunidades en adolescentes embarazadas con el fin de estimular el cumplimiento de sus metas. Permitir tener un mejor futuro económico y así mejorar la calidad de vida del recién nacido y disminuir el ciclo intergeneracional que se genera a partir de un embarazo durante la adolescencia, permitiría a la adolescente reducir su pobreza, la exclusión a la que se enfrenta y la dependencia en la que comienza a vivir. Este apoyo puede tener un gran impacto en el interés de las adolescentes para dar forma a su propio futuro y descubrir su potencial (140).

El no tener acceso a servicios de salud se ha determinado como factor de riesgo para baja resiliencia (24). Sin duda el apoyo que se dé desde políticas y programas gubernamentales y no gubernamentales es vital para permitirle a las adolescente salir adelante y pensar en un mejor futuro (141). Todas estas

intervenciones pueden mitigar la angustia psicológica por la que están pasando las adolescentes embarazadas (10).

Características del compañero:

Edad: Hay menor resiliencia en gestantes adolescentes que tienen parejas adolescentes, el hecho de que exista una menor resiliencia en adolescentes embarazadas cuyo compañero es adolescente puede explicarse partiendo de que en la sociedad se piensa que los varones cuando son adolescentes no pueden, ni quieren hacerse cargo de la paternidad y como están en un periodo de crecimiento hacia la madurez, no asumen adecuadamente la responsabilidad que esto acarrea, llevando a la joven a pensar en que tendrá una vida de pobreza y un matrimonio infeliz, debido a que la paternidad los puede llevar a interrumpir su educación, y con esto la limitación a superarse. Esta situación se puede reflejar además en el abuso de sustancia, violencia y abandono que son negativos para la familia y la salud. Esto lleva a consecuencias en la autoestima de ambos lo que genera frecuentemente la inestabilidad de estas parejas (142).

La unión entre personas jóvenes tiende a formar relaciones frágiles, debido a la tendencia de menor deseo de vivir en pareja, lo contrario sucede con las parejas adultas quienes tienden más a tener vivencias de vida en pareja (143).

Escolaridad: Se ha visto que no hay diferencias en la resiliencia en gestantes de acuerdo al nivel educativo de su pareja (42).

Capítulo IV. Materiales y métodos

Tipo y población de estudio

Este trabajo de investigación se desarrolló bajo la metodología de un estudio observacional descriptivo transversal, con análisis de casos y controles.

Posterior a la búsqueda bibliográfica sobre bajo nivel de resiliencia en gestantes adolescentes en Colombia y los factores que influyen sobre este, se puede decir que es escasa la información encontrada específicamente en esta población, por tal motivo se ha querido inicialmente hacer un estudio preliminar, que describa el comportamiento del nivel de la resiliencia baja en las gestantes adolescentes y los factores que se asociarán estadísticamente a su presencia, con el fin de crear un punto de partida para el planteamiento de hipótesis en esta población, por lo cual se considera utilizar este diseño metodológico. También porque a la población identificada para participar del estudio solo se le realizará una medición indagando por las variables de interés mediante un instrumento que consta de un cuestionario y escalas validadas, las participantes no serán seguidas en el tiempo para ver asociación causal, solo se establecerá asociación estadística a partir de la cual si se puede plantear una hipótesis.

Este diseño permitiría explorar múltiples exposiciones relacionadas con el nivel de resiliencia bajo. Con un estudio

transversal se puede describir el comportamiento de la variable dependiente [nivel de resiliencia bajo] de acuerdo a cada una de las variables independientes, además se pueden establecer asociaciones, correlaciones, prevalencia, OR, entre otros. Debido a que se ha establecido que se realizará el cálculo de OR, ya que a partir de la identificación de las gestantes adolescente con baja resiliencia se establecerá que factores podrían estar asociados a esta, este diseño descriptivo transversal tiene un análisis de casos y controles.

La población diana de este estudio, estuvo constituida por gestantes adolescentes de Cartagena/Bolívar; la población accesible por las gestantes adolescentes que acudieron al servicio de control prenatal de la ESE Hospital Cartagena de Indias y servicio de ecografías, urgencias, hospitalización y consulta externa de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, en el primer semestre del 2016.

La población elegible estuvo conformada por las gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión de: tener entre 10 y 19 años de edad, cualquier edad gestacional y aceptación por parte del tutor y adolescentes en la participación del estudio durante el primer semestre 2016, y los criterios de exclusión de: no desear participar, tener limitación síquica, física o de lectoescritura que les impidiera diligenciar el instrumento.

La muestra se estimó mediante el programa estadístico Epidat v 3.01, para estudios descriptivos de proporciones, para una población elegible de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo y del Programa Maternidad Segura encargado del control prenatal en la ESE Hospital Cartagena de Indias de: 6428 adolescentes embarazadas; una prevalencia de baja resiliencia de: 34.2%, tomada del estudio de Ulloque y col, en gestantes adolescentes de la ciudad de Cartagena (144); un nivel de confianza del 95%; un error de muestreo del 5% y un efecto de diseño: 1.5. La

muestra calculada fue de 494, aproximándose a 500 adolescentes embarazadas.

Se empleó como técnica el muestreo consecutivo. Se seleccionaron como parte de la citada muestra a las embarazadas que al llegar a la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de lunes a viernes de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. en los servicios de consulta externa, ecografía, urgencia y hospitalización, y a la ESE Hospital Cartagena de Indias en los CAP de Canapote, Arroz Barato, Bosque, Ternera, El Pozón, donde se lleva a cabo el programa de maternidad segura a cargo del control prenatal, de 7:00 A.M. a 4:00 P.M., cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, firmando el consentimiento y el asentimiento informado, hasta completar el tamaño de la muestra.

Variables, escalas, recolección de datos y aspectos éticos

Se establecieron las siguientes macrovariables y variables, las cuales son presentadas en el siguiente cuadro.

MACROVARIABLES	VARIABLES
Características sociodemográficas	Edad, etapa de la adolescencia, procedencia, etnia, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, asistencia a iglesia, religiosidad, espiritualidad.
Características ginecobstétricas	Semana de gestación, trimestre del embarazo, control prenatal, trimestre de inicio de control prenatal, realización de ecografías, número de ecografías, percepción de embarazo de riesgo, patologías en el embarazo.
Características familiares	Familismo, tipo de familia, personas con quien convive, apoyo de la familia, apoyo del compañero, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo.
Hábitos de consumo de sustancias tóxicas	Consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.
Estado sicoemocional	Felicidad subjetiva, autoestima. Resiliencia.
Apoyo social	Apoyo de amigos, de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
Características del compañero	Edad, escolaridad.

Previo al proceso de ejecución del proyecto, se solicitó permiso a las autoridades de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo y ESE Hospital Cartagena de India. Se efectuó la presentación del proyecto y de las personas que ayudarían a la realización de las encuestas.

Los datos se tomaron de fuente primaria, constituida por las gestantes embarazadas. Fueron recolectados por dos estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena pertenecientes al semillero del Grupo de investigación Salud de la Mujer y una auxiliar de enfermería.

Los instrumentos que se utilizaron para la realización de este estudio, son un cuestionario de factores de riesgo: sociodemográficos, ginecobstétricos, familiares, hábitos de consumo de sustancias tóxicas, psicoemocional, apoyo social y del compañero. Además se aplicarán ocho escalas, como son: Escala de religiosidad, Escala de percepción espiritual, Escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, Abuse Assessment Screen, Escala de felicidad subjetiva de Lyubomirsky & Lepper, Escala de autoestima de Rosenberg y Escala de resiliencia de Wagnild y Young.

Escala “Age Universal” I-E-12 [Maltby, 2002]. Compuesta por doce ítems, seis de los cuales evalúan la orientación religiosa intrínseca, tres, la extrínseca personal y tres, la orientación extrínseca social. Se utilizará la validada en Argentina por Simkin y Etchezahar. Con respuestas tipo *likert* con cinco opciones de respuesta, que van desde 1: Totalmente de acuerdo a 5: Totalmente en desacuerdo. A mayor puntuación menor religiosidad (145).

Escala de perspectiva espiritual. Creada por Pamela Reed, que ha sido utilizada en Colombia, la escala mide la visión espiritual de una persona y las interacciones relacionadas con la espiritualidad; se refiere a un sentido de conexión que se puede experimentar intrapersonalmente y transpersonalmente con un ser

de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo. A través de la conexión la persona es capaz de moverse más allá «de las estructuras de la existencia diaria». El instrumento consta de una subescala denominada prácticas espirituales [criterios de 1–4], y otra subescala denominada creencias espirituales [criterios de 5 al 10]. Consta de 10 enunciados que se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, a mayor puntaje mayor espiritualidad, Las cuatro primeras preguntas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca 2) Menos de una vez al año 3) Mas o menos una vez al año 4) Mas o menos una vez al mes 5) Mas o menos una vez a la semana 6) Mas o menos una vez al día. Las preguntas del 5 al 10 siguen los siguientes criterios: 1. Extremadamente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. En desacuerdo más que en acuerdo 4. De acuerdo más que en desacuerdo 5. De acuerdo 6. Extremadamente de acuerdo (28,146,147).

Escala de familismo de Bardis (148,149). Fue creada en el año 1959, y adaptada para España por Amando de Miguel en 1967, se mide el familismo mediante el grado de acuerdo o desacuerdo ante ciertas afirmaciones que implican el compromiso, disposición a ayudar, a obedecer o a estar cerca de la familia nuclear o extendida. Puede ser usada con dos subescalas, integración a la familia nuclear [10 primeros ítems] e integración de la familia extensa [6 últimos ítems], esta escala fue utilizada en un estudio en la población chilena por Mathiesen y col. en la que utilizaron 8 y 4 ítems respectivamente, obteniendo un alpha de Cronbach de 0.76, esta última versión es la utilizada en este estudio que consta de 12 ítems. Cada ítem tiene una puntuación de 0 a 5, siendo 0 y 1 total desacuerdo, 2 y 3 desacuerdo intermedio, y 4 y 5 total acuerdo, a mayor puntuación mayor familismo.

APGAR familiar. Creado por Gabriel Smilkstein [1978], permite evaluar la funcionalidad familiar. Tiene cinco preguntas,

evaluando cinco funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos. Una modificación realizada por Liliana Arias incluye a los amigos, y es la utilizada en este estudio. Es autoaplicado y cada respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3. Casi siempre, 4: Siempre. Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20. Se interpreta así: Función normal: 18-20 puntos, Disfunción leve: 14-17 puntos, Disfunción moderada: 10-13, Disfunción severa: menor o igual a 9 (150, 151).

Abuse Assessment Screen [AAS] (Judith McFarlane, Barbara Parker, Karen Soeken y Linda Bullock, 1992). Identifica mujeres víctimas de violencia física y sexual y cuantifica la severidad y frecuencia del maltrato durante el embarazo. Tiene cinco preguntas, que deben ser respondidas con sí o no. Si la respuesta es afirmativa, se indaga por la persona agresora; el número de veces de la agresión y si siente miedo de su pareja. Si se obtiene una respuesta positiva en los ítems 2, 3, 4, indica que la mujer podría ser víctima de violencia (152,153).

Escala de felicidad subjetiva Lyubomirsky & Lepper, 1999. Permite medir globalmente la felicidad subjetiva. Fue validada en Chile en adolescentes. Con 4 ítems, respuesta tipo likert, con puntaje que va desde 1 [poco feliz] a 7 [muy feliz]. La puntuación global se calcula sumando los puntajes de cada ítems y se divide entre el número total de ítems. A mayor puntuación, mayor felicidad subjetiva. En Colombia se ha utilizado esta escala (133,154-157).

Escala de autoestima de Rosenberg [1965]. Es autoaplicada, tipo likert, con diez afirmaciones, cinco son redactados de forma positiva [ítem 1, 3, 4, 7, 10] y cinco de forma negativa [ítem 2, 5, 6, 8, 9]. Las opciones de respuestas van de 1 a 4 [1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 muy de acuerdo]. Se asigna

puntaje inverso a las afirmaciones negativas. La puntuación total va de 10 ([baja autoestima] a 40 [alta autoestima], a mayor puntuación, mayor autoestima. No tiene punto de corte, sin embargo se suele considerar como rango normal, la puntuación situada entre 25 y 35 puntos (158,160).

Escala de resiliencia de Wagnild y Young. Trata de medir de forma objetiva el nivel de resiliencia. Esta escala fue creada por Wagnild y Young en el año 1993 en EE.UU., con el fin de identificar cualidades personales que favorecen la adaptación individual resiliente y conocer las características de la personalidad positiva. Puede ser aplicada de forma individual o colectiva, es autoadministrable y sin un tiempo límite para responder completamente. Consta de 25 ítems escritos de forma positiva, con respuesta tipo *likert* que van de 1 [no estar de acuerdo en lo absoluto] a 7 [estar de acuerdo totalmente]. Con la suma de todos los ítems se obtiene el valor total que oscila entre 25 y 175 puntos. Los valores altos corresponden a una elevada resiliencia. Un puntaje mayor a 147, indica mayor capacidad de resiliencia [nivel de resiliencia al. Entre 121-146, señala moderada resiliencia [nivel de resiliencia moderada]. Menor a 121, escasa resiliencia [nivel de resiliencia baja]. Ha sido validada y traducida a varios idiomas, teniendo buena confiabilidad, alfa de Cronbach, versión española: 0.93, portuguesa: 0.85, argentina: 0.72. Para la realización del trabajo se utilizó la versión argentina, la cual establece tres factores en la escala que determinan la resiliencia: capacidad de autoeficacia [ítems 1-15], capacidad de propósito y sentido de vida [ítems 16-20], y evitación cognitiva [ítems 21-25] (26, 161-163).

Se emplearon como técnicas de recolección: la entrevista para la aplicación del cuestionario de factores de riesgo, efectuada por los encuestadores y el autodiligenciamiento para cada una de las escalas, las cuales fueron respondidas a solas por parte de cada participante.

Para disminuir los sesgos de información al momento de recolección de los datos las escalas fueron autodiligenciadas, ninguno de los encuestadores conocía el objetivo del estudio, se estandarizó la aplicación del instrumento entre los encuestadores, de esta forma previamente se familiarizaron y entrenaron con el instrumento, así, dos semanas antes del inicio de la aplicación se realizaron dos sesiones para explicarles cada uno de los términos encontrados en los instrumentos (tanto el cuestionario, como las escalas) y se enseñó el cálculo con la aplicación de dispositivo celular Qx Calculate de la edad gestacional a partir de la fecha de la última menstruación [FUM] y de la primera ecografía que tuvieran. Para aquellas participantes que no recordaran la FUM, se les enseñó cómo se aplicaba cada una de las escalas sin saber cuál era la interpretación de estas, y se explicó cómo iban a hacer el diligenciamiento del consentimiento y asentimiento informado. El primer día de inicio de la aplicación del instrumento el equipo investigador mostró como se hacía acercamiento a cada participante y la aplicación del instrumento, posteriormente durante esa primera semana se hizo acompañamiento para verificar la adecuada aplicación del instrumento, al finalizar la primera semana y tras ver que se estaban aplicando adecuadamente no se siguió el acompañamiento y los encuestadores continuaron la aplicación.

No se hizo prueba piloto del instrumento, dado que las escalas empleadas, ya han sido validadas y aplicadas en jóvenes latinoamericanos y algunas en población colombiana.

El estudio obtuvo el aval del Comité de Ética de la Universidad del Norte, mediante el acta de evaluación N° 143 del día 26 de mayo del 2016 y también tuvo aval del Comité de Ética de la Universidad de Cartagena, cuando el proyecto fue aprobado y financiado por Colciencias dentro del programa de jóvenes investigadores innovadores 2014-2015.

Las adolescentes participaron de forma voluntaria, firmaron el asentimiento informado y el tutor diligenció y firmó el consentimiento informado de acuerdo a la declaración de Helsinki, previa explicación de los alcances de la investigación. El tutor siempre fue igual o mayor a 18 años, mayoría de edad según las disposiciones legales colombianas (164). El estudio fue de carácter anónimo y autoaplicable, con ningún impacto sobre la integridad física y general de la participante. Se tuvieron en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia que permite considerar al presente estudio como una investigación con riesgo mínimo para la población estudiada, debido a que se identificarán aspectos sensitivos de la conducta (165). Las participantes podían suspender el diligenciamiento del formulario, dejándolo incompleto si lo consideraban pertinente, sin tener que brindar explicaciones. Las que presentaban baja resiliencia serían derivadas al servicio de salud mental de la institución.

Tabulación de los datos, presentación y análisis de la información

Los instrumentos diligenciados fueron revisados, y los que estuvieron diligenciados de forma incompleta o incorrecta se eliminaron. Los formularios tramitados de manera completa, se digitalizaron y tabularon, se creó una base de datos en Microsoft Excel 2007©, se codificaron las variables cualitativas para un manejo más ágil. La base de datos, se exportó para la presentación y el análisis a los paquetes estadísticos: IBM SPSS Statistics 22 y Epi-Info 7. Se utilizó un computador portátil marca Sony Vaio.

Se presentan las características de la población en tablas de frecuencia. El nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes se muestra mediante gráfico circular y se utilizan tablas de contingencia

para mostrar el nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes según las características sociodemográficas, ginecobstétricas, familiares, hábitos de sustancias tóxicas, estado sicoemocional, apoyo social de la gestante adolescente y las características de su compañero y la asociación entre estas características y el nivel de resiliencia, además se muestran tablas de interacción, tablas de 2x2 para mostrar OR por estratos, una tabla de regresión logística simple y otra múltiple para mostrar OR crudo y ajustado respectivamente.

Los datos de naturaleza categórica se expresan en frecuencias absolutas, porcentajes con sus intervalos de confianza del 95%. Para variables cuantitativas inicialmente se probó la normalidad de los datos de cada variable mediante los gráficos Q-Q y la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y se identificó la presencia de datos atípicos y la simetría de estos mediante los gráficos de cajas y bigotes, y posteriormente fueron categorizados. Los datos continuos se muestran en mediana [Me] de acuerdo a la presencia de datos atípicos y su distribución asimétrica, con su respectivo intervalo de confianza 95%. La medida de dispersión fue rango intercuartil [RI].

Las diferencias de las medianas fueron calculadas con la prueba de Mann Whitney y de porcentajes con la prueba Chi cuadrado.

Se estableció asociación entre la variable dependiente y las independientes mediante análisis multivariable a través de una regresión logística. Un valor de $P < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Capítulo V. Resultados

Características sociodemográficas

Se entrevistaron 503 gestantes adolescentes, incluyéndose para la presentación y análisis a 499, dado que 4 no diligenciaron completo el formulario. El 50% de las participantes tenía una edad menor o igual a 17 años. De cada 100 gestantes aproximadamente 96 se encontraban en la adolescencia tardía [Tabla 1].

Con relación a la procedencia de las gestantes adolescentes, 7 de cada 10 eran de procedencia urbana. La mayoría de las participantes eran mestizas; solo 3 de cada 10 participantes eran negras. La totalidad de las participantes pertenecían a estratos bajos, de cada 100 gestantes adolescentes, 97 eran de estrato bajo-bajo y aproximadamente 3 de estrato bajo [Tabla 1].

427 gestantes adolescentes (85.6%) tenían compañero sentimental, solamente 14 de cada 100 indicó no tener compañero. Con respecto a la escolaridad aproximadamente de cada 100 gestantes adolescentes 8 tenían educación superior, 45 educación media, 43 básica secundaria y 4 básica primaria [Tabla 1].

En cuanto a la ocupación, es de resaltar que, de cada 100 adolescentes gestantes, 69 indicaron no hacer nada en el momento de la encuesta. Solo 4 de 10 participantes refirieron asistir a alguna iglesia regularmente. El 50% de las gestantes adolescentes

presentan una puntuación en la escala de religiosidad igual o mayor a 30 puntos y en la escala de espiritualidad igual o menor a 47 puntos, para ambas escalas se obtuvo una puntuación máxima de 60 puntos [Tabla 1].

Características ginecobstétricas

La mediana de la edad gestacional fue de 29 semanas [RI:18,4]. 283 (56,7%) de las adolescentes gestantes estaban en el tercer trimestre. De cada 100 participantes 94 tenían control prenatal, y 60 lo iniciaron en el primer trimestre, 29 en el segundo trimestre, 5 en el tercer trimestre y solo 6 no tenían control prenatal al momento de ser encuestada. Aproximadamente 9 de cada 10 adolescentes gestantes se habían realizado ecografías, y la mediana de ecografías fue de 2 (RI:2). De cada 10 gestantes 6 se habían realizado menos de 3 ecografías. La mayoría, 374 de las gestantes adolescentes (74.9%) no percibían su embarazo como de riesgo, de 100 participantes solo 25 percibían tener un embarazo de riesgo, y de cada 10 alrededor de 3 presentaron patología durante el embarazo [Tabla 2].

Características familiares

De acuerdo con la escala de familismo de Bardis, que mide el compromiso, la disposición a ayudar, a obedecer o a estar cerca de los integrantes del sistema familiar, tanto de la familia nuclear como de la parentela, obtuvo una puntuación máxima de 60 puntos; el 50% de las gestantes adolescentes obtuvieron una puntuación igual o mayor a 43 puntos [Tabla 3].

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES
n=499

Edad en años	Me		RI	
	17,0		2	
Etapa de la adolescencia,	N°	%	IC95%	
	Temprana	21	4,2	2,7-6,5
Tardía	478	95,8	93,5-97,3	
Procedencia	Urbana	362	72,5	68,4-76,4
	Rural	137	27,5	23,6-31,6
Etnia	Mestizo	483	96,8	94,7-98,1
	Negro	16	3,2	1,9-5,3
	Indígena	0	0,0	0,0-0,0
Estrato socioeconómico	Bajo-bajo	486	97,4	95,5-98,6
	Bajo	13	2,6	1,5-4,5
Estado civil	Con compañero	427	85,6	82,1-88,5
	Sin compañero	72	14,4	11,5-17,9
Escolaridad	Educación superior	43	8,6	6,4-11,5
	Educación media	223	44,7	40,3-49,2
	Básica secundaria	214	42,9	38,5-47,4
	Básica primaria	19	3,8	2,4-6,0
	Preescolar	0	0,0	0,0-0,0
Ocupación	Estudia	137	27,5	23,6-31,6
	Trabaja	7	1,4	0,6-3,0
	Estudia y trabaja	10	2,0	1,0-3,8
	No hace nada	345	69,1	64,9-73,1
Asiste a iglesia	Si	189	37,9	33,6-42,3
	No	310	62,1	57,7-66,4
Puntuación total de escala de religiosidad "age universal" I-E-12	Me		RI	
	30		6	
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	47		11	

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de religiosidad "age universal" I-E 12 y escala de perspectiva espiritual.

TABLA 2				
CARACTERÍSTICAS GINECOBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES				
ADOLESCENTES				
n=499				
Semana de gestación	Me	RI		
	29	18,4		
Trimestre del embarazo	N°	%	IC95%	
	Primero	88	17,6	14,5-21,3
	Segundo	128	25,7	21,9-29,8
	Tercero	283	56,7	52,2-61,1
Control prenatal				
	Si	464	93,0	90,3-95,0
	No	35	7,0	5,0-9,7
Trimestre de inicio de control prenatal				
	Primero	301	60,3	55,9-64,6
	Segundo	143	28,7	24,8-32,9
	Tercero	25	5,0	3,3-7,4
	No	30	6,0	4,2-8,6
Realización de ecografías				
	Si	448	89,8	86,7-92,2
	No	51	10,2	7,8-13,3
Número de ecografías	Me	RI		
	2	2		
Intervalo del número de ecografías	N°	%	IC95%	
	Menos de 3	313	62,7	58,3-66,6
	Más de 3	186	37,3	33,1-41,7
Percepción de embarazo de riesgo				
	Si	125	25,1	21,6-29,1
	No	374	74,9	70,9-78,7
Patologías en el embarazo				
	Si	133	26,7	22,9-30,8
	No	366	73,3	69,2-77,1

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

De acuerdo al tipo de familia, aproximadamente 51 de cada 100 de las participantes venían de una familia biparental, 40 de cada 100 de una familia monoparental y 9 de cada 100 nunca vivieron con sus padres. En el momento de la encuesta 249 (49,9%) vivían con su compañero. La mayoría tenía apoyo de la familia y del compañero,

482 (96,6%) y 461 (92,4%) respectivamente. Aproximadamente de cada 100 adolescentes embarazadas 52 tenían buena función familiar, y 48 presentaban disfunción familiar. Solo 5 de cada 100 de las encuestadas podrían estar siendo víctima de violencia física o sexual durante el embarazo [Tabla 3].

TABLA 3 CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES n=499			
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	Me		RI
	43		9
Tipo de familia	N°	%	IC95%
Biparental	253	50,7	46,2-55,2
Monoparental	201	40,3	36,0-44,7
No vivió o vive con padres	45	9,0	6,7-12,0
Personas con las que convive			
Compañero	249	49,9	45,4-54,4
Padres	30	6,0	4,2-8,6
Mamá	53	10,6	8,1-13,7
Papá	3	6,0	0,2-1,9
Compañero y padres	96	19,2	15,9-23,0
Compañero y otros familiares	25	5,0	3,3-7,4
Familiares del compañero	26	5,2	3,5-7,6
Otros familiares	16	3,2	1,9-5,3
Otras persona	1	0,2	0,0-1,3
Apoyo familiar			
Si	482	96,6	94,5-97,9
No	17	3,4	2,1-5,5
Apoyo del compañero			
Si	461	92,4	89,6-94,5
No	38	7,6	5,5-10,4
Funcionalidad familiar			
Función normal	261	52,3	47,8-56,8
Disfunción familiar	238	47,7	43,3-52,2
Violencia en el embarazo			
Si	26	5,2	3,5-7,6
No	473	94,8	92,4-96,5

Fuente: Escala de familismo de Bardis, cuestionario de factores de riesgo, APGAR familiar, Escala AAS.

Hábitos de consumo de sustancias tóxicas

La mayoría de las gestantes adolescentes manifestaron no consumir cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas, solo 2 (0,4%) refirieron consumir cigarrillo, 7 (1,4%) alcohol y 1 (0,2%) sustancias psicoactivas aun durante el embarazo, de las 499 mujeres incluidas en el estudio [Tabla 4].

	Nº	%	IC95%
Consumo de cigarrillo			
Si	2	0,4	0,1-1,6
No	497	99,6	98,4-99,9
Consumo de alcohol			
Si	7	1,4	0,6-3,0
No	492	98,6	97,0-99,4
Consumo de sustancias psicoactivas			
Si	1	0,2	0,0-1,3
No	498	99,8	98,7-100,0

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

Estado psicoemocional

De cada 100 mujeres, 50 presentaron puntuación total en la escala de felicidad subjetiva igual o menor a 28 puntos, la puntuación máxima de la escala de felicidad subjetiva fue de 28 puntos. Se observó de acuerdo con la escala de autoestima de Rosenberg, que evalúa el nivel de autoestima en una persona, que aproximadamente de cada 100 gestantes adolescentes, 3 presentaban autoestima baja (2,8%) y 97 autoestima alta (97,2%) [Tabla 5].

TABLA 5			
ESTADO PSICOEMOCIONAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES			
n=499			
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	Me		RI
	28		5
Nivel de autoestima	N°	%	IC95%
Alta	485	97,2	95,2-98,4
Baja	14	2,8	1,6-4,8

Fuente: Escala de felicidad subjetiva y escala de autoestima de Rosenberg.

Apoyo social:

Aproximadamente 75 de cada 100 participantes tenían apoyo de sus amigos y solo 22 de cada 100 tenían apoyo de entidades gubernamentales y no gubernamentales [Tabla 6].

TABLA 6			
APOYO SOCIAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES			
n=499			
Apoyo de amigos	N°	%	IC95%
Si	375	75,2	71,1-78,8
No	124	24,8	21,2-28,9
Apoyo de entidades gubernamentales y no gubernamentales			
Si	111	22,2	18,7-26,2
No	388	77,8	73,8-81,3

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

Características del compañero

Respecto a los compañeros de las gestantes adolescentes el 50% de ellos tenían edades menores o iguales a 21 años, 336 (67,3%) de las parejas de las participantes eran adultos mayores de 19 años. De cada 100 compañeros de las gestantes, 61 habían completado educación media y solo 8 de cada 100 finalizaron la educación superior [Tabla 7].

TABLA 7 CARACTERÍSTICAS DEL COMPAÑERO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES n=499				
Edad	Me		RI	
	21		4,0	
Grupo etario	N°	%	IC95%	
	Adolescente	163	32,7	28,6-37,0
Adulto	336	67,3	63,0-71,4	
Escolaridad	Educación superior	41	8,2	6,0-11,1
	Educación media	307	61,5	57,1-65,8
	Básica secundaria	137	27,5	23,6-31,6
	Básica primaria	13	2,6	1,5-4,5
	Preescolar	0	0,0	0,0-0,0
	No sabe	1	0,2	0,0-1,3

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo.

Nivel de resiliencia

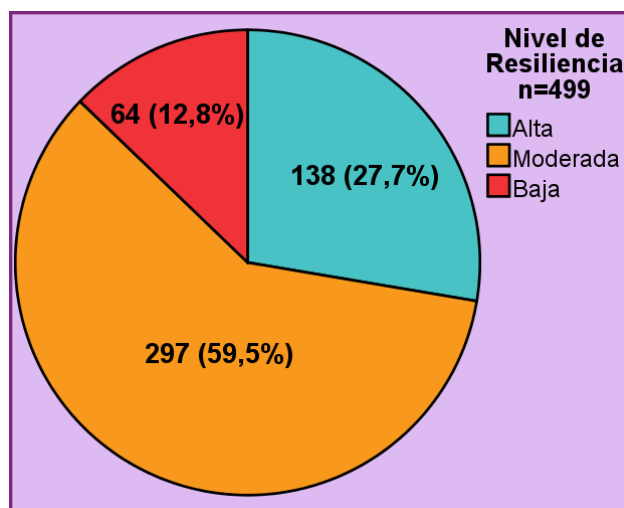
Según la escala de resiliencia de Wagnild y Young que evalúa el nivel de resiliencia, 138 (27,7%) [IC%:23,8-31,8] presentan resiliencia alta. La mayoría, 297 (59,5%) [IC95% 55,1-63,8] de las gestantes adolescente tienen un nivel de resiliencia moderado y 64 (12,8%) [IC95% 10,1-16,2] resiliencia baja [Gráfica 1]. La mediana de la puntuación de la escala de resiliencia fue de 140, con un rango intercuartil de 18.

Nivel de resiliencia y características sociodemográficas

Se observa que el porcentaje de nivel de resiliencia baja en negros (31,2%) es mayor que en mestizos (12,2%) y el de nivel resiliencia alta/moderada es mayor en mestizos (87,8%) que en negros (68,8%), esto fue estadísticamente significativo ($p=0,025$). Las gestantes adolescentes con baja resiliencia tuvieron una

mediana de la puntuación total de la escala de perspectiva espiritual menor a la de las gestantes con resiliencia alta/moderada ($<0,001$), estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Las demás características sociodemográficas no tuvieron asociación con presentar o no nivel de resiliencia bajo [Tabla 8].

GRÁFICA 1
NIVEL DE RESILIENCIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL ESTUDIO



Fuente: Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Nivel de resiliencia y características ginecobstétricas

En cuanto al nivel de resiliencia según el trimestre de embarazo, se observó que era mayor el porcentaje de nivel de resiliencia bajo en las gestantes de tercer trimestre (15,5%) que en las de primero (13,6%) y segundo trimestre (6,2%), y el nivel de resiliencia alto/moderado fue mayor su porcentaje en el segundo trimestre de embarazo (93,8%), esta diferencia fue estadísticamente significativas ($p=0,032$) [Tabla 9].

TABLA 8
NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
n=499

	Nivel de resiliencia						Valor p	
	Alta/Moderada. n=435			Baja. n=64				
Edad en años	Me	RI		Me	RI		0,927*	
	17	2		17	3			
Etapa de la adolescencia	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,838**	
	Temprana	18	85,7	63,7-97,0	3	14,3		3,1-36,3
Tardía	417	87,2	83,8-90,0	61	12,8	10,0-17,2		
Procedencia	Urbana	319	88,1	84,2-91,2	43	11,9	8,8-15,8	0,304**
	Rural	116	84,7	77,5-90,3	21	15,3	9,8-22,5	
Etnia	Mestizo	424	87,8	84,5-90,5	59	12,2	9,5-15,6	0,025***
	Negro	11	68,8	41,3-89,0	5	31,2	11,0-58,7	
Estrato socioeconómico	Bajo-bajo	424	87,2	83,9-90,0	62	12,8	10,0-16,1	0,780**
	Bajo	11	84,6	54,6-98,1	2	15,4	1,9-45,5	
Estado civil,	Con compañero	373	87,4	83,7-90,3	54	12,6	9,7-16,3	0,771**
	Sin compañero	62	86,1	75,9-93,1	10	13,9	6,9-24,1	
Escolaridad	Educación superior	38	88,4	74,9-96,1	5	11,6	3,9-25,1	0,939**
	Educación media	196	87,9	82,9-91,9	27	12,1	8,1-17,1	
	Básica secundaria	185	86,5	81,1-90,7	29	13,5	9,3-18,9	
	Básica primaria	16	84,2	60,4-96,6	3	15,8	3,4-39,6	
Ocupación,	Estudia	119	86,9	80,0-92,0	18	13,1	8,0-20,0	0,770**
	Trabaja	7	100	100-100	0	0,0	0,0-0,0	
	Estudia y trabaja	9	90,0	55,5-99,8	1	10	0,3-44,5	
	No hace nada	300	87,0	82,8-90,2	45	13,0	9,8-17,2	
Asiste a iglesia	Si	162	85,7	79,9-90,4	27	14,3	9,6-20,1	0,446**
	No	273	88,1	83,8-91,4	37	11,9	8,7-12,2	
Puntuación total de escala de religiosidad "Age universal" I-E-12	Me	RI		Me	RI		0,729*	
	30	6		30	11,8			
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	48	10		43	11,5		<0,001**	

*Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de religiosidad "Age universal" I-E 12, escala de perspectiva espiritual y escala de resiliencia de Wagnild y Young. *Valor de p obtenido por Mann Whitney. ** Valor de p obtenido por Chi cuadrado.*

También se observó asociación entre presentar patología durante el embarazo y el nivel de resiliencia, debido a que hubo mayor porcentaje de bajo nivel de resiliencia en las gestantes que tuvieron patología (18,0%) y un mayor porcentaje de resiliencia alta/moderada en las que no tenían patología durante el embarazo (87,4%) ($p=0,036$). Siendo estadísticamente significativas estas diferencias. Las demás variables ginecobstétricas no tuvieron asociación con el nivel de resiliencia. [Tabla 9].

Nivel de resiliencia y características familiares

Las gestantes adolescentes que presentaban un nivel de resiliencia bajo tuvieron una mediana de la puntuación de la escala de familismo de Bardis menor a la de las que tenían nivel de resiliencia alta/moderada, y fue una diferencia significativa $<0,001$. Se observó que el porcentaje de nivel bajo de resiliencia fue mayor en las mujeres que dijeron no recibir apoyo familiar (29,4%) y la de nivel de resiliencia alta/moderada fue mayor en las que recibían apoyo familiar (87,8%) ($p=0,037$). En relación con la funcionalidad familiar el porcentaje de nivel bajo de resiliencia fue mayor en las gestantes adolescentes procedentes de familias disfuncionales (20,2%) y el porcentaje de nivel de resiliencia alta/moderada mayor en las que pertenecían a familias con funcionalidad familiar normal (93,9%) $p<0,001$ [Tabla 10].

En la relación del nivel de resiliencia y ser víctima de violencia, se observó que el porcentaje de baja resiliencia fue mayor en las violentadas (26,9%) y de resiliencia alta/moderada fue mayor en las que no eran víctimas de violencia (88,0%) $p=0,027$. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas [Tabla 10]. Las demás características familiares no se asociaron con el nivel de resiliencia.

TABLA 9
NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS GINECOBSTETRICAS
DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
n=499

	Nivel de Resiliencia						Valor p
	Alta/Moderada			Baja			
	Me	RI		Me	RI		
Semana de gestación	28		18,3	32		14,6	0,190*
Trimestre del embarazo	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,032** [¶]
Primero	76	86,4	77,4-92,8	12	13,6	7,3-22,6	
Segundo	120	93,8	88,1-97,3	8	6,2	2,7-11,9	
Tercero	239	84,5	79,7-88,5	44	15,5	11,5-20,3	
Control prenatal							0,435**
Si	403	86,9	83,4-89,7	61	13,1	10,3-16,6	
No	32	91,4	76,9-98,2	3	8,6	1,8-23,1	
Trimestre de inicio de control prenatal							0,104**
Primero	267	88,7	84,4-91,5	34	11,3	8,1-15,6	
Segundo	123	86,0	79,2-91,2	20	14,0	8,8-20,8	
Tercero	18	72,0	50,6-87,9	7	28,0	12,1-49,4	
No	27	90,0	73,5-97,9	3	10,0	2,1-26,5	
Realización de ecografías							0,261**
Si	388	86,6	83,0-89,6	60	13,4	10,5-17,0	
No	47	92,2	81,1-97,8	4	7,8	2,2-18,9	
Número de ecografías	Me		RI	Me		RI	0,301*
	2		2	2		2	
Intervalo número de ecografías	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,553**
Menos de 3	275	87,9	83,6-91,2	38	12,1	8,8-16,4	
3 o mas	160	86,0	80,2-90,7	26	14,0	9,3-19,8	
Percepción de embarazo de riesgo							0,765**
Si	108	86,4	79,1-91,9	17	13,6	8,1-20,9	
No	327	87,4	83,5-90,5	47	12,6	9,5-16,5	
Patologías en el embarazo							0,036** [¶]
Si	109	82,0	74,4-88,1	24	18,0	11,9-25,7	
No	326	89,1	85,3-92,0	40	10,9	8,0-14,7	

*Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young. *Valor de p obtenido por Mann Whitney. ** Valor de p obtenido por Chi cuadrado. [¶]Significativo*

TABLA 10
NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES
n=499

	Nivel de resiliencia						Valor p*
	Alta/Moderada			Baja			
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	Me	RI	Me	RI			<0,001**
	44	9	36,5	15			
Tipo de familia	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,472**
Biparental	225	88,9	84,4-92,5	28	11,1	7,5-15,6	
Monoparental	171	85,1	79,4-89,7	30	14,9	10,3-20,6	
No vivió o vive con sus padres	39	86,7	73,2-95,0	6	13,3	5,1-26,8	
Personas con las que convive							0,256**
Compañero	227	91,2	86,9-94,4	22	8,8	5,6-13,1	
Padres	26	86,7	69,3-96,2	4	13,3	3,8-30,7	
Mamá	43	81,1	68,0-90,6	10	18,9	9,4-32,0	
Papá	2	66,7	9,4-99,2	1	33,3	0,8-90,6	
Compañero y padres	82	85,4	76,7-91,8	14	14,6	8,2-23,3	
Compañero y otros familiares	21	84,0	63,9-95,5	4	16,0	4,5-36,1	
Familiares del compañero							
Otros familiares	21	80,8	60,7-93,5	5	19,2	6,6-39,4	
Otras persona	12	75,0	47,6-92,7	4	25,0	7,3-52,4	
	1	100	100-100	0	0	0,0-0,0	
Apoyo familiar							0,037** [‡]
Si	423	87,8	84,4-90,5	59	12,2	9,5-15,6	
No	12	70,6	44,0-89,7	5	29,4	10,3-56,0	
Apoyo del compañero							0,283**
Si	404	87,6	84,2-90,4	57	12,4	9,6-15,8	
No	31	81,6	65,7-92,3	7	18,4	7,7-34,3	
Funcionalidad familiar							<0,001** [‡]
Función normal	245	93,9	90,3-96,5	16	6,1	3,5-9,8	
Disfunción familiar	190	79,8	74,2-84,7	48	20,2	15,3-25,8	
Violencia en el embarazo							0,027** [‡]
Si	19	73,1	52,2-88,4	7	26,9	11,6-47,8	
No	416	88,0	84,6-90,7	57	12,0	9,3-15,4	

*Fuente: Escala de familismo de Bardis, cuestionario de factores de riesgo, APGAR familiar, Escala AAS y escala de resiliencia de Wagnild y Young. *Valor de p obtenido por Mann Whitney . ** Valor de p obtenido por Chi cuadrado. [‡]Significativo.*

Nivel de resiliencia y consumo de sustancias psicoactivas

No se observó asociación entre el consumo de cigarrillo, alcohol y de sustancias psicoactivas con el nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes estudiadas (Tabla 11).

	Nivel de resiliencia						Valor p
	Alta/Moderada			Baja			
Consumo de cigarrillo	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,587**
Si	2	100	100-100	0	0,0	0,0-0,0	
No	433	87,1	83,8-89,9	64	12,9	10,1-16,2	
Consumo de alcohol	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,907**
Si	6	85,7	42,1-99,7	1	14,3	0,4-57,9	
No	429	87,2	83,8-90,0	63	12,8	10,1-16,2	
Consumo de sustancias psicoactivas	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,701**
Si	1	100	100-100	0	0,0	0,0-0,0	
No	434	87,2	83,8-89,9	64	12,9	10,1-16,2	

*Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young. ** Valor de p obtenido por Chi cuadrado.*

Nivel de resiliencia y estado sicoemocional

Las participantes con nivel de resiliencia baja presentaron una mediana de la puntuación total de la escala de felicidad subjetiva menor a la mediana obtenida en esta escala por las que tuvieron nivel de resiliencia alta/moderada ($p=0,002$). Con respecto a la autoestima el porcentaje de nivel de resiliencia baja fue mayor en las mujeres con autoestima baja (35,7%) y el porcentaje de nivel de resiliencia alta/moderada fue mayor en las que tenían nivel de autoestima alta (87,8%) ($p=0,009$). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 12).

TABLA 12 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN ESTADO SICOEMOCIONAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES n=499							
	Nivel de Resiliencia						Valor p*
	Alta/Moderada			Baja			
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	Me	RI		Me	RI		0,002 ⁱⁱ
	28	4		24	6		
Nivel de autoestima	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,009 ^{***ii}
Alta	426	87,8	84,5-90,5	59	12,2	9,5-15,5	
Baja	9	64,3	35,1-87,2	5	35,7	12,8-64,9	

*Fuente: Escala de felicidad subjetiva, escala de autoestima de Rosenberg y Escala de resiliencia de Wagnild y Young. *Valor de p obtenido por Mann Whitney. ** Valor de p obtenido por Chi cuadrado. ⁱⁱSignificativo.*

Nivel de resiliencia y apoyo social

El nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes estudiadas, no estuvo asociado a tener o no apoyo de amigos y/o de entidades gubernamentales y no gubernamentales [Tabla 13].

Nivel de resiliencia y características del compañero

La edad y escolaridad de los compañeros de las mujeres gestantes adolescentes no se asoció al nivel de resiliencia de ellas [Tabla 14].

Asociación entre baja resiliencia y factores de riesgo

Tras la realización del análisis bivariado, se identificaron aquellas variables que se asociaron significativamente con el nivel de resiliencia, las cuales fueron: etnia, puntuación total de la escala de perspectiva espiritual, trimestre de embarazo, patologías en el embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo, puntuación total de la escala de felicidad subjetiva y nivel de

autoestima. Para cada una se calculó OR crudo mediante regresión logística simple, y de acuerdo a lo encontrado en la literatura, se identificaron dentro de las variables mencionadas, cuáles se constituían en variables de interacción o confusión, ajustándose luego mediante regresión logística múltiple.

TABLA 13 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN APOYO SOCIAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES n=499							
	Nivel de resiliencia						Valor p
	Alta/Moderada			Baja			
Apoyo de amigos	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,114**
Si	332	88,5	84,8-91,5	43	11,5	8,5-15,2	
No	103	83,1	75,3-89,2	21	16,9	10,8-24,7	
Apoyo de entidades gubernamentales y no gubernamentales	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,806**
Si	96	86,5	78,7-92,2	15	13,5	7,8-21,3	
No	339	87,4	83,6-90,4	49	12,6	9,6-16,5	

*Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young. ** Valor de p obtenido por Chi cuadrado.*

Las posibles variables de confusión o interacción para cada una de las variables independiente con el nivel bajo de resiliencia de acuerdo a la literatura referenciada se indican a continuación:

- Etnia: patologías en el embarazo, edad, familismo, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo, espiritualidad.
- Espiritualidad: violencia en el embarazo, etnia, edad.
- Trimestre de embarazo: patologías en el embarazo, edad.

- Patologías en el embarazo: etnia, trimestre del embarazo, familismo, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo, edad, felicidad subjetiva, autoestima.
- Familismo: etnia, patologías en el embarazo, apoyo familiar, función familiar, edad.
- Apoyo familiar: etnia, patologías en el embarazo, familismo, funcionalidad familiar, edad.
- Funcionalidad familiar: etnia, patologías en el embarazo, familismo, apoyo familiar, edad.
- Violencia en el embarazo: etnia, patologías en el embarazo, edad, espiritualidad, felicidad subjetiva.
- Felicidad subjetiva: edad, violencia en el embarazo, patologías en el embarazo.
- Autoestima: edad, patologías en el embarazo.

TABLA 14 NIVEL DE RESILIENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEL COMPAÑERO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES n=499								
	Nivel de resiliencia						Valor p	
	Alta/Moderada			Baja				
Edad	Me	RI		Me	RI		0,097*	
	21	4		20	4,8			
Grupo etario	N°	%	IC95%	N°	%	IC95%	0,082**	
	Adolescente	136	83,4	76,8-88,8	27	16,6		11,2-23,2
Adulto	299	89,0	85,0-92,0	37	11,0	8,0-15,0		
Escolaridad	Educación superior	36	87,8	73,8-95,9	5	12,2	4,1-26,2	0,835**
	Educación media	269	87,6	83,3-91,0	38	12,4	9,0-16,7	
	Básica secundaria	119	86,9	80,0-92,0	18	13,1	8,0-20,0	
	Básica primaria	10	76,9	46,2-95,0	3	23,1	5,0-53,8	
	Preescolar	0	0,0	0,0-0,0	0	0,0	0,0-0,0	
	No sabe	1	100	100-100	0	0,0	0,0-0,0	

*Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young. *Valor de p obtenido por Mann Whitney . ** Valor de p obtenido por Chi cuadrado.*

Cálculo de OR crudo: regresión logística simple

Se observó que las mujeres gestantes adolescentes pertenecientes a la etnia negra tuvieron 2,266 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia baja que las mestizas, y esto fue estadísticamente significativo (Tabla 15).

En cuanto a la escala de perspectiva espiritual se encontró que por el aumento en una unidad de la puntuación total de la escala, que tuviera la gestante adolescente, tenía 0,053 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia baja. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala, aquellas que tuvieron menores puntuaciones presentaban un mayor riesgo de nivel de resiliencia baja con respecto a las que obtuvieron mayores puntuaciones. Todos estos hallazgos fueron estadísticamente significativos.

Estar en el segundo trimestre de embarazo se identificó como un factor protector para no presentar nivel de resiliencia baja (OR 0,362 [IC95%:0,165-0,793]) frente a estar en tercer trimestre, siendo estadísticamente significativo. Por su parte tener patologías en el embarazo aumentó en un 79,4% el riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo en relación a las que no presentaron ninguna patología en el embarazo y fue estadísticamente significativo.

Refiriéndose a la escala de familismo de Bardis, se encontró que por cada aumento en una unidad en la puntuación total de la escala que tuviera la gestante adolescente, tenía 0,077 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala, aquellas que tuvieron menores puntuaciones presentaban un mayor riesgo de nivel de resiliencia bajo con respecto a las que obtuvieron mayores puntuaciones. Todos estos hallazgos fueron estadísticamente significativos para cada intervalo excepto para el que comprende entre 36,5-48,5 que es el más cercano al de referencia.

TABLA 15
ASOCIACIÓN ENTRE BAJA RESILIENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LAS
GESTANTES ADOLESCENTES
n=499

Factor	Resiliencia				
	Alta/Moderada	Baja	OR crudo	IC95%	Valor p*
Etnia					
Mestiza	424	59	1	1	
Negra	11	5	3,266	1,096-9,731	0,025 [#]
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-	-	0,947	0,923-0,971	<0,001 [#]
Intervalo de puntuación total de escala de perspectiva espiritual					
49-60	210	14	1	1	
38-49	163	31	2,852	1,469-5,538	0,001 [#]
27-38	44	11	3,750	1,596-8,808	0,001 [#]
16-27	13	5	5,769	1,800-18,490	0,001 [#]
5-16	5	3	9,000	1,948-41,572	<0,001 [#]
Trimestre de embarazo					
Tercer	239	44	1	1	
Segundo	120	8	0,362	0,165-0,793	0,008 [#]
Primero	76	12	0,857	0,430-1,707	0,661
Patologías en el embarazo					
No	326	40	1	1	
Si	109	24	1,794	1,034-3,112	0,035 [#]
Puntuación total de la escala de familismo de Bardis	-	-	0,923	0,899-0,947	<0,001 [#]
Intervalo de puntuación total de la escala de familismo de Bardis					
48,5-60,5	46	3	1	1	
36,5-48,5	313	29	1,420	0,415-4,852	0,573
24,5-36,5	63	20	4,867	1,364-17,361	0,008 [#]
12,5-24,5	7	4	8,761	1,608-47,726	0,004 [#]
0,5-12,5	6	8	20,444	4,226-98,883	<0,001 [#]
Apoyo familia					
Si	423	59	1	1	
No	12	5	2,987	1,016-8,781	0,037 [#]
Funcionalidad familiar					
Función normal	245	16	1	1	
Disfunción familiar	190	48	3,868	2,130-7,025	<0,001 [#]
Violencia en el embarazo					
No	416	57	1	1	
Si	19	7	2,688	1,082-6,678	0,027 [#]
Puntuación total de la escala de felicidad subjetiva	-	-	0,904	0,848-0,964	0,002 [#]

Sigue

Continuación

Intervalo de puntuación total de la escala de felicidad subjetiva					
23,6-28	335	38	1	1	
19,2-23,6	74	16	1,906	1,009-3,600	0,044 [‡]
14,8-19,2	23	9	3,449	1,488-7,994	0,002 [‡]
6-14,8	3	1	2,938	0,298-28,957	0,356
Nivel de autoestima					
Alta	426	59	1	1	
Baja	9	5	4,011	1,300-12,375	0,009 [‡]

*Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, escala AAS, escala de felicidad subjetiva, escala de autoestima de Rosenberg y escala de resiliencia de Wagnild y Young. *Valor de p obtenido por test de Wald. [‡]Significativo.*

No tener apoyo familiar aumentó 1,987 veces más el riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo en las gestantes adolescentes en comparación con las que si lo tuvieron. Y aquellas que provenían de una familia disfuncional tuvieron 2,868 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Las gestantes adolescentes que afirmaron ser víctimas de violencia, tuvieron 2,688 el riesgo de presentar nivel de resiliencia baja, que las que nunca habían sido víctimas de violencia.

Con relación a la puntuación total de la escala de felicidad subjetiva, se encontró que por cada aumento en una unidad en la puntuación de la escala que tuviera la gestante adolescente, tenía 0,096 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala, se observó que tener una puntuación entre los intervalos 19,3-23,6 y 14,9-19,2 aumentaba más el riesgo de nivel de resiliencia bajo con respecto al intervalo con mayor puntuación que era el de referencia 23,6, 28. Todos estos hallazgos fueron estadísticamente significativos.

Tener un nivel de autoestima baja aumento 3,011 veces más el riesgo de nivel de resiliencia bajo que tener un nivel de autoestima alta y fue estadísticamente significativo.

Identificación de interacción entre los factores: regresión logística

Una vez efectuada la prueba de Wald mediante regresión logística, para posibles interacciones de cada variable independiente (factores), se observó que el valor de significancia de estas pruebas solo fue menor al α (0,05) entre las variables apoyo familiar y funcionalidad familiar, rechazándose así entre esta dos variables la hipótesis nula de que $\beta_3=0$, la cual plantea que no existe interacción entre las variables. Debido a la presencia de interacción entre estas dos variables se muestra los OR de cada una con respecto al nivel de resiliencia bajo de acuerdo a los estratos de cada una. Los demás factores obtuvieron un valor de p en la prueba mayor al α , por tal motivo en estos se prosiguió a la identificación de la presencia de confusión mediante regresión logística múltiple para cada factor con sus posibles confusores [Tabla 16 a Tabla 25].

En el grupo de gestantes adolescentes con función familiar normal, las que refirieron no tener apoyo familiar, tenían 16,357 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo que las que refirieron tener apoyo familiar, siendo estadísticamente significativo [Tabla 26].

En el grupo de gestantes adolescentes con apoyo familiar, las que provenían de una familia disfuncional, tenían 3,339 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo que las que provenían de una familia con función normal, siendo estadísticamente significativo [Tabla 27].

**TABLA 16
EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE INTERACCIÓN ENTRE LA ETNIA Y EL
NIVEL DE RESILIENCIA BAJO**

Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Etnia	1,735	0,929	3,488	1	0,062	5,667	0,918	34,991
Patologías en el embarazo	0,569	0,295	3,730	1	0,053	1,767	0,992	3,150
Etnia* patologías en el embarazo	-1,145	1,174	0,951	1	0,330	0,318	0,032	3,179
Constante	-2,140	0,171	155,716	1	0,000	0,118		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Etnia	15,848	8,487	3,487	1	0,062	7632434,4	0,455	127901488446042,5
Edad	0,035	0,094	0,137	1	0,711	1,035	0,861	1,244
Etnia*edad	-0,839	0,489	2,951	1	0,086	0,432	0,166	1,126
Constante	-2,570	1,623	2,507	1	0,113	0,077		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Etnia	-1,603	2,058	0,607	1	0,436	0,202	0,004	11,359
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,084	0,014	37,989	1	0,000	0,919	0,895	0,944
Etnia* Puntuación total de escala de familismo de Bardis	0,072	0,051	2,000	1	0,157	1,075	0,973	1,187
Constante	1,304	0,527	6,125	1	0,013	3,683		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Etnia	1,341	0,567	5,606	1	0,018	3,824	1,260	11,608
Apoyo familiar	1,246	0,558	4,978	1	0,026	3,476	1,164	10,387
Etnia* apoyo familiar	-21,756	40192,970	0,000	1	1,000	0,000	0,000	.
Constante	-2,034	0,145	197,664	1	0,000	0,131		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Etnia	0,977	1,112	0,771	1	0,380	2,656	0,300	23,500
Funcionalidad familiar	1,332	0,315	17,931	1	0,000	3,790	2,045	7,021

Sigue

Continuación

Etnia* funcionalidad familiar	0,236	1,310	0,033	1	0,857	1,267	0,097	16,504
Constante	-2,768	0,266	108,173	1	0,000	0,063		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Etnia	1,120	0,609	3,377	1	0,066	3,064	0,928	10,116
Violencia en el embarazo	0,937	0,494	3,608	1	0,057	2,553	0,971	6,717
Etnia* violencia en el embarazo	-0,021	1,610	0,000	1	0,990	0,979	0,042	22,995
Constante	-2,036	0,146	194,344	1	0,000	0,131		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Etnia	0,544	2,273	0,057	1	0,811	1,722	0,020	148,254
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,053	0,013	16,030	1	0,000	0,948	0,923	0,973
Etnia* puntuación total de escala de perspectiva espiritual	0,012	0,055	0,044	1	0,834	1,012	0,908	1,127
Constante	0,372	0,582	0,410	1	0,522	1,451		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, escala AAS y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 17 INTERACCIÓN ENTRE LA PUNTUACIÓN TOTAL DE LA PERSPECTIVA ESPIRITUAL Y EL NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,049	0,014	11,782	1	0,001	0,952	0,925	0,979
Violencia en el embarazo	1,224	1,497	0,668	1	0,414	3,400	0,181	63,955
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual* violencia en el embarazo	-0,014	0,037	0,141	1	0,708	0,986	0,917	1,061
Constante	0,194	0,631	0,094	1	0,759	1,214		

Sigue

Continuación

Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	0,700	0,496	1,993	1	0,158	2,014	0,762	5,324
Edad	-0,056	0,039	2,148	1	0,143	0,945	0,876	1,019
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual *edad	0,000	0,002	0,019	1	0,890	1,000	0,996	1,005
Constante	0,282	0,580	0,236	1	0,627	1,326		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,053	0,013	16,030	1	0,000	0,948	0,923	0,973
Etnia	0,544	2,273	0,057	1	0,811	1,722	0,020	148,254
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual *etnia	0,012	0,055	0,044	1	0,834	1,012	0,908	1,127
Constante	0,372	0,582	0,410	1	0,522	1,451		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 18 INTERACCIÓN ENTRE EL TRIMESTRE DE EMBARAZO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Trimestre de embarazo			4,569	2	0,102			
Segundo trimestre de embarazo	-0,898	0,508	3,120	1	0,077	0,407	0,150	01,103
Primer trimestre de embarazo	0,296	0,394	0,565	1	0,452	1,344	0,622	2,908
Patologías en el embarazo	0,845	0,336	6,307	1	,012	2,328	1,204	4,502
Trimestre de embarazo* patologías en el embarazo			2,887	2	0,236			

Sigue

Continuación

Segundo trimestre de embarazo* patologías en el embarazo	-0,257	0,831	0,096	1	0,757	0,773	0,152	3,943
Primer trimestre de embarazo* patologías en el embarazo	-1,921	1,133	2,876	1	0,090	0,146	0,016	1,349
Constante	-1,992	0,218	83,842	1	0,000	0,136		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Trimestre de embarazo			0,711	2	0,701			
Segundo trimestre de embarazo	-3,530	4,741	0,554	1	0,457	0,029	0,000	318,009
Primer trimestre de embarazo	0,889	3,877	0,053	1	0,819	2,432	0,001	4850,015
Edad	-0,012	0,114	0,011	1	0,918	0,988	0,791	1,235
Trimestre de embarazo* edad			0,441	2	0,802			
Segundo trimestre de embarazo* edad	0,146	0,272	0,287	1	0,592	1,157	0,678	1,973
Primer trimestre de embarazo* edad	-0,062	0,228	0,074	1	0,786	0,940	0,602	1,468
Constante	-1,489	1,973	0,569	1	0,451	0,226		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 19 INTERACCIÓN ENTRE LAS PATOLOGÍAS EN EL EMBARAZO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,569	0,295	3,730	1	0,053	1,767	0,992	3,150
Etnia	1,735	0,929	3,488	1	0,062	5,667	0,918	34,991
Patologías en el embarazo*etnia	-1,145	1,174	0,951	1	0,330	0,318	0,032	3,179
Constante	-2,140	0,171	155,716	1	0,000	0,118		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,845	0,336	6,307	1	,012	2,328	1,204	4,502

Sigue

Continuación

Trimestre de embarazo			4,569	2	0,102			
Segundo trimestre de embarazo	-0,898	0,508	3,120	1	0,077	0,407	0,150	01,103
Primer trimestre de embarazo	0,296	0,394	0,565	1	0,452	1,344	0,622	2,908
Patologías en el embarazo* trimestre de embarazo			2,887	2	0,236			
Patologías en el embarazo* segundo trimestre de embarazo	-0,257	0,831	0,096	1	0,757	0,773	0,152	3,943
Patologías en el embarazo* primer trimestre de embarazo	-1,921	1,133	2,876	1	0,090	0,146	0,016	1,349
Constante	-1,992	0,218	83,842	1	0,000	0,136		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,614	1,058	0,336	1	0,562	1,847	0,232	14,691
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,079	0,017	22,513	1	0,000	0,924	0,895	0,955
Patologías en el embarazo* puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,002	0,027	0,003	1	0,954	0,998	0,946	1,053
Constante	0,979	0,641	2,330	1	0,127	2,661		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,351	0,300	1,366	1	0,243	1,421	0,788	2,559
Apoyo familiar	-19,133	13397,656	0,000	1	0,999	0,000	0,000	.
Patologías en el embarazo*apoyo familiar	21,363	13397,657	0,000	1	0,999	1895404500,017	0,000	.
Constante	-2,070	0,168	152,195	1	0,000	0,126		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	-0,853	0,525	2,637	1	0,104	0,426	0,152	1,193
Funcionalidad familiar	1,127	0,489	5,316	1	0,021	3,086	1,184	8,044
Patologías en el embarazo* funcionalidad familiar	0,369	0,628	0,345	1	0,557	1,446	0,422	4,955
Constante	-2,165	0,399	29,432	1	0,000	0,115		

Sigue

Continuación

Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,585	0,297	3,878	1	0,049	1,796	1,003	3,216
Violencia en el embarazo	1,067	0,604	3,127	1	0,077	2,907	0,891	9,490
Patologías en el embarazo* violencia en el embarazo	-0,334	0,948	0,124	1	0,724	0,716	0,112	4,586
Constante	-2,166	0,176	151,506	1	0,000	0,115		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	-2,765	3,221	0,736	1	0,391	0,063	0,000	34,791
Edad	-0,053	0,114	0,219	1	0,639	0,948	0,758	1,185
Patologías en el embarazo*edad	0,195	0,186	1,097	1	0,295	1,216	0,844	1,752
Constante	-1,179	1,964	0,360	1	0,548	0,308		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	-0,822	1,638	0,252	1	0,616	0,440	0,018	10,889
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	-0,117	0,043	7,451	1	0,006	0,890	0,818	0,968
Patologías en el embarazo* puntuación total de escala de felicidad subjetiva	0,055	0,067	0,679	1	0,410	1,057	0,927	1,204
Constante	0,810	1,054	0,591	1	0,442	2,248		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Patologías en el embarazo	0,644	0,289	4,958	1	0,026	1,905	1,080	3,359
Nivel de autoestima	1,622	0,651	6,209	1	0,013	5,063	1,414	18,137
Patologías en el embarazo*nivel de autoestima	-0,778	1,406	0,306	1	0,580	0,459	0,029	7,226
Constante	-2,182	0,176	153,973	1	0,000	,113		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, escala AAS, escala de felicidad subjetiva, escala de autoestima de Rosenberg y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 20
INTERACCIÓN ENTRE LA PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE
FAMILISMO DE BARDIS Y EL NIVEL DE RESILIENCIA BAJO

Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,084	0,014	37,989	1	0,000	0,919	0,895	0,944
Etnia	-1,603	2,058	0,607	1	0,436	0,201	0,004	11,359
Puntuación total de escala de familismo de Bardis*etnia	0,072	0,051	2,000	1	0,157	1,075	0,973	1,187
Constante	1,304	0,527	6,125	1	0,013	3,683		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,079	0,017	22,513	1	0,000	0,924	0,895	0,955
Patologías en el embarazo	0,614	1,058	0,336	1	0,562	1,847	0,232	14,691
Puntuación total de escala de familismo de Bardis*patologías en el embarazo	-0,002	0,027	0,003	1	0,954	0,998	0,946	1,053
Constante	0,979	0,641	2,330	1	0,127	2,661		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,078	0,014	32,443	1	0,000	0,925	0,901	0,950
Apoyo familiar	1,375	1,996	0,475	1	0,491	3,955	0,079	197,630
Puntuación total de escala de familismo de Bardis*apoyo familiar	-0,015	0,053	0,077	1	0,782	0,985	0,888	1,094
Constante	1,072	0,530	4,096	1	0,043	2,920		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,055	0,020	7,429	1	0,006	0,947	0,910	0,985

Sigue

Continuación

Funcionalidad familiar	3,458	1,142	9,170	1	0,002	31,760	3,387	297,806
Puntuación total de escala de familismo de Bardis* funcionalidad familiar	-0,057	0,029	3,722	1	0,054	0,945	0,892	1,001
Constante	-,0554	0,787	0,495	1	0,482	0,575		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	0,107	0,158	0,455	1	0,500	1,112	0,816	1,516
Edad	0,350	0,367	0,908	1	0,341	1,418	0,691	2,911
Puntuación total de escala de familismo de Bardis*edad	-0,011	0,009	1,413	1	0,235	0,989	0,972	1,007
Constante	-4,796	6,359	0,569	1	0,451	0,008		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 21 INTERACCIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR Y EL NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	1,246	0,558	4,978	1	0,026	3,476	1,164	10,387
Etnia	1,341	0,567	5,606	1	0,018	3,824	1,260	11,608
Apoyo familiar*etnia	-21,756	40192,970	0,000	1	1,000	0,000	0,000	.
Constante	-2,034	0,145	197,664	1	0,000	0,131		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	-19,133	13397,656	0,000	1	0,999	0,000	0,000	.
Patologías en el embarazo	0,351	0,300	1,366	1	0,243	1,421	0,788	2,559
Apoyo familiar* patologías en el embarazo	21,363	13397,657	0,000	1	0,999	1895404500,017	0,000	.

Sigue

Continuación

Constante	-2,070	0,168	152,195	1	0,000	0,126		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	1,375	1,996	0,475	1	0,491	3,955	0,079	197,630
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,078	0,014	32,443	1	0,000	0,925	0,901	0,950
Apoyo familiar* puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,015	0,053	0,077	1	0,782	0,985	0,888	1,094
Constante	1,072	0,530	4,096	1	0,043	2,920		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	2,854	1,037	7,573	1	0,006	17,357	2,274	132,509
Funcionalidad familiar	1,468	0,321	20,849	1	0,000	4,339	2,311	8,148
Apoyo familiar *funcionalidad familiar	-2,672	1,240	4,645	1	0,031	0,069	0,006	0,785
Constante	-2,854	0,275	107,823	1	0,000	0,058		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Apoyo familiar	-6,535	8,194	0,636	1	0,425	0,001	0,000	13693,445
Edad	-0,020	0,092	0,045	1	0,832	0,981	0,818	1,175
Apoyo familiar*edad	0,432	0,459	0,886	1	0,347	1,540	0,626	3,788
Constante	-1,634	1,590	1,056	1	0,304	0,195		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 22 INTERACCIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	1,332	0,315	17,931	1	0,000	3,790	2,045	7,021
Etnia	0,977	1,112	0,771	1	0,380	2,656	0,300	23,500

Sigue

Continuación

Funcionalidad familiar*etnia	0,236	1,310	0,033	1	0,857	1,267	0,097	16,504
Constante	-2,768	0,266	108,173	1	0,000	0,063		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	1,127	0,489	5,316	1	0,021	3,086	1,184	8,044
Patologías en el embarazo	-0,853	0,525	2,637	1	0,104	0,426	0,152	1,193
Funcionalidad familiar*patologías en el embarazo	0,369	0,628	0,345	1	0,557	1,446	0,422	4,955
Constante	-2,165	0,399	29,432	1	0,000	0,115		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	3,458	1,142	9,170	1	0,002	31,760	3,387	297,806
Puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,055	0,020	7,429	1	0,006	0,947	0,910	0,985
Funcionalidad familiar* puntuación total de escala de familismo de Bardis	-0,057	0,029	3,722	1	0,054	0,945	0,892	1,001
Constante	-,0554	0,787	0,495	1	0,482	0,575		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	1,468	0,321	20,849	1	0,000	4,339	2,311	8,148
Apoyo familiar	2,854	1,037	7,573	1	0,006	17,357	2,274	132,509
Funcionalidad familiar*apoyo familiar	-2,672	1,240	4,645	1	0,031	0,069	0,006	0,785
Constante	-2,854	0,275	107,823	1	0,000	0,058		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Funcionalidad familiar	1,634	3,550	0,212	1	0,645	5,125	0,005	5391,366
Edad	0,013	0,176	0,006	1	0,941	1,013	0,718	1,431
Funcionalidad familiar*edad	-0,016	0,206	0,006	1	0,937	0,984	0,657	1,472
Constante	-2,954	3,036	0,947	1	0,330	0,052		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 23
INTERACCIÓN ENTRE VIOLENCIA EN EL EMBARAZO Y EL NIVEL DE
RESILIENCIA BAJO

Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el embarazo	0,937	0,494	3,608	1	0,057	2,553	0,971	6,717
Etnia	1,120	0,609	3,377	1	0,066	3,064	0,928	10,116
Violencia en el embarazo*etnia	-0,021	1,610	0,000	1	0,990	0,979	0,042	22,995
Constante	-2,036	0,146	194,344	1	0,000	0,131		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el embarazo	1,067	0,604	3,127	1	0,077	2,907	0,891	9,490
Patologías en el embarazo	0,585	0,297	3,878	1	0,049	1,796	1,003	3,216
Violencia en el embarazo* patologías en el embarazo	-0,334	0,948	0,124	1	0,724	0,716	0,112	4,586
Constante	-2,166	0,176	151,506	1	0,000	0,115		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el embarazo	1,224	1,497	0,668	1	0,414	3,400	0,181	63,955
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,049	0,014	11,782	1	0,001	0,952	0,925	0,979
Violencia en el embarazo* puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-0,014	0,037	0,141	1	0,708	0,986	0,917	1,061
Constante	0,194	0,631	0,094	1	0,759	1,214		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el embarazo	-2,929	2,349	1,555	1	0,212	0,053	0,001	5,339
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	-0,114	0,036	9,846	1	0,002	0,893	0,831	0,958
Violencia en el embarazo* puntuación total de escala de felicidad subjetiva	0,162	0,101	2,593	1	0,107	1,176	0,965	1,434
Constante	0,843	0,894	0,889	1	0,346	2,323		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Violencia en el embarazo	3,656	4,822	0,575	1	0,448	38,704	0,003	492589,360
Edad	0,044	0,097	0,202	1	0,653	1,044	0,864	1,263

Sigue

Continuación

Violencia en el embarazo*edad	-0,159	0,289	0,303	1	0,582	0,853	0,484	1,503
Constante	-2,739	1,680	2,658	1	0,103	0,065		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual, escala AAS, escala de felicidad subjetiva y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 24 INTERACCIÓN ENTRE LA PUNTUACIÓN TOTAL DE ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	-0,117	0,043	7,451	1	0,006	0,890	0,818	0,968
Patologías en el embarazo	-0,822	1,638	0,252	1	0,616	0,440	0,018	10,889
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva *patologías en el embarazo	0,055	0,067	0,679	1	0,410	1,057	0,927	1,204
Constante	0,810	1,054	0,591	1	0,442	2,248		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	-0,114	0,036	9,846	1	0,002	0,893	0,831	0,958
Violencia en el embarazo	-2,929	2,349	1,555	1	0,212	0,053	0,001	5,339
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva * violencia en el embarazo	0,162	0,101	2,593	1	0,107	1,176	0,965	1,434
Constante	0,843	0,894	0,889	1	0,346	2,323		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva	0,356	0,397	0,805	1	0,370	1,427	0,656	3,106

Sigue

Continuación

Edad	0,649	0,574	1,276	1	0,259	1,913	0,621	5,896
Puntuación total de escala de felicidad subjetiva* edad	-0,027	0,023	1,335	1	0,248	0,974	0,931	1,019
Constante	-10,572	9,929	1,134	1	0,287	0,000		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala AAS, escala de felicidad subjetiva y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 25 INTERACCIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA BAJO								
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Nivel de autoestima	1,622	0,651	6,209	1	0,013	5,063	1,414	18,137
Patologías en el embarazo	0,644	0,289	4,958	1	0,026	1,905	1,080	3,359
Nivel de autoestima* patologías en el embarazo	-0,778	1,406	0,306	1	0,580	0,459	0,029	7,226
Constante	-2,182	0,176	153,973	1	0,000	,113		
Factor	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig	Exp(B)	95%IC para EXP(B)	
Nivel de autoestima	-10,879	9,293	1,371	1	0,242	0,000	0,000	1532,683
Edad	-0,011	0,092	0,015	1	0,903	0,989	0,825	1,185
Nivel de autoestima* edad	0,716	0,538	1,771	1	0,183	2,047	0,713	5,879
Constante	-1,784	1,592	1,256	1	0,262	0,168		

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de autoestima de Rosenberg y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

TABLA 26 ASOCIACIÓN ENTRE BAJA RESILIENCIA Y APOYO FAMILIAR SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR, 2016. OR n=499										
Factor	Función familiar normal					Disfunción familiar				
	Resiliencia					Resiliencia				
	Alta/ Moderada	Baja	OR	IC95%	Valor p*	Alta/ Moderada	Baja	OR	IC95%	Valor p*
Apoyo familiar										
Si	243	14	1			180	45	1		
No	2	2	17,357	2,274-132,509	<0,001	10	3	1,200	0,317-4,541	0,788

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young. *Valor de p obtenido por Chi cuadrado.

TABLA 27 ASOCIACIÓN ENTRE BAJA RESILIENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN APOYO FAMILIAR, 2016. OR n=499										
Factor	Si apoyo familiar					No apoyo familiar				
	Resiliencia					Resiliencia				
	Alta/ Moderada	Baja	OR	IC95%	Valor p*	Alta/ Moderada	Baja	OR	IC95%	Valor p*
Funcionalidad familiar										
Función normal	243	14	1	1		2	2	1	1	
Disfunción familiar	180	45	4,339	2,311-8,148	<0,001	10	3	0,300	0,029-3,135	0,301

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, APGAR familiar y escala de resiliencia de Wagnild y Young. *Valor de p obtenido por Chi cuadrado.

Identificación de confusión entre los factores: regresión logística múltiple

A los factores que se les descartó la presencia de interacción con las posibles variables de interacción entre estos y el nivel de

resiliencia bajo, se les identificaron las variables que actuaban como confusoras entre esta relación, mediante regresión logística múltiple, obteniéndose los OR ajustados. Fueron consideradas variables de confusión aquellas que modificaban en más del 10% el OR crudo, fuera aumentándolo o disminuyéndolo.

En la relación entre la variable etnia y nivel de resiliencia bajo se observó que de todas las variables que posiblemente eran confusoras según la literatura (patologías en el embarazo, edad, familismo, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo y espiritualidad), solo patologías en el embarazo y puntuación total de la escala de perspectiva espiritual fueron variables de confusión, por las cuales se ajustó y se observó que el nuevo OR ajustado es menor, pero no es estadísticamente significativo (Tabla 28).

Ser víctima de violencia en el embarazo, etnia y la edad no se comportaron como variables de confusión entre la puntuación total de la escala de perspectiva espiritual y el nivel de resiliencia bajo. El OR ajustado de la puntuación de la escala de perspectiva espiritual indica que por cada aumento en una unidad en la puntuación total de esta escala hay 0,049 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia baja y continuó siendo estadísticamente significativo. Al evaluar los intervalos de puntuación de esta escala, se observa que aún persiste el aumento del riesgo de tener nivel de resiliencia bajo, al tener menor puntuación y va disminuyendo a mayor puntuación siendo estadísticamente significativo; además al ajustar esta variables por víctima de violencia en el embarazo, etnia y la edad no hubo confusión con respecto a los intervalos [38-49], [27-38] y [16-27]. Con el intervalo [5-16], no se observó confusión con la edad y la etnia, pero si con víctima de violencia por lo que se ajustó por esta última.

Al ajustar trimestre de embarazo por patologías en el embarazo y edad, no se observó confusión, estar en segundo trimestre de embarazo presenta 0,632 menos riesgo que estar en tercer trimestre y esto siguió siendo estadísticamente significativo.

Se observó confusión en la relación entre patologías en el embarazo y nivel de resiliencia bajo, al ajustar por etnia, trimestre de embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo, edad, puntuación total de la escala de felicidad subjetiva y nivel de autoestima, y las cuales provocaron la disminución del riesgo de tener nivel de resiliencia bajo si se tiene una patología en el embarazo, pero aún era mayor con respecto a no tener patología en el embarazo en un 44,7%, no siendo significativo tras el ajuste.

No hubo confusión entre la puntuación total de la escala de familismo de Bardis y las variables etnia, patologías en el embarazo, apoyo familiar, funcionalidad familiar y edad. Al ajustar la puntuación de esta escala por estas variables sigue siendo protectora para nivel de resiliencia bajo, así por cada unidad que aumentara la puntuación total de la escala, la gestante adolescente tenía 0,079 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala con sus posibles variables confusoras, se volvió a observar que aquellas que tuvieron menor puntuación presentaban un mayor riesgo de nivel de resiliencia baja con respecto a las que obtuvieron mayor puntuaciones. Hubo confusión entre los intervalos [36,5-48,5] y [24,5-36,5] con las variables patologías en el embarazo y funcionalidad familiar sin ser estadísticamente significativo, entre el intervalo [12,5-24,5] y la variable patologías en el embarazo, y el intervalo [0,5-12,5] con las variables etnia y funcionalidad familiar siendo estadísticamente significativo.

De las posibles variables que teóricamente podrían ser variables de confusión para apoyo familiar y nivel de resiliencia bajo solo lo fueron puntuación total de la escala de familismo de Bardis y patología en el embarazo, las demás variables no fueron confusoras. Además se observó que apoyo familiar obtuvo al ser ajustado por estas dos variables menor OR indicando aun factor de riesgo pero esta vez no fue estadísticamente significativo.

Hubo confusión entre etnia, patologías en el embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis y edad, con la variable funcionalidad familiar y resiliencia bajo aumentando el riesgo al ajustarlas por estas variables. De esta forma las gestantes adolescentes con familia disfuncionales, tienen 3,902 el riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo, lo cual fue significativo.

Al ajustar la variable violencia en el embarazo con las variables puntuación total de la escala de perspectiva espiritual y puntuación total de la escala de felicidad subjetiva se observa que el riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo fue de 67,1% mayor en las víctimas de violencia en comparación con las que no, pero no fue estadísticamente significativo. Se observó confusión entre estas tres variables, pero no hubo con el resto de variables que eran posibles confusoras.

La puntuación total de la escala de felicidad subjetiva, siguió comportándose como factor protector al ajustarla con las variables edad, violencia en el embarazo y patologías en el embarazo, aunque disminuyó su protección, así por cada aumento en una unidad en la puntuación total de la escala que tuviera la gestante adolescente, tuvo 0,081 menos riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo, no se obtuvo confusión entre estas variables y la diferencia fue estadísticamente significativa. Y al analizar los intervalos de la puntuación total de la escala, se observó que hubo confusión

entre edad, violencia en el embarazo y patologías en el embarazo con cada uno de estos intervalos, con las cuales se ajustó el OR, disminuyendo el riesgo en cada uno para nivel de resiliencia bajo y solo fue significativo en el intervalo [14,8-19,2], así tener una puntuación entre el intervalo [14,8-19,2] aumentaba más el riesgo de nivel de resiliencia bajo en 1,522 veces más con respecto al intervalo con mayor puntuación que era el de referencia [23,0-28,0].

El nivel de autoestima al ser ajustado por edad y patologías en el embarazo no presentó confusión, continuó siendo un factor de riesgo, así aquellas gestantes adolescentes que tenían nivel de autoestima bajo presentaban 3,257 veces más riesgo de nivel de resiliencia bajo en comparación con las de autoestima alta, y esto fue estadísticamente significativo.

TABLA 28 ASOCIACIÓN ENTRE BAJA RESILIENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES, 2016. OR AJUSTADO n=499					
Factor	Resiliencia				
	Alta/Moderada	Baja	OR ajustado	IC95%	Valor p*
Etnia					
Mestiza	424	59	1	1	
Negra	11	5	2,264**	0,716-7,160	0,164
Puntuación total de escala de perspectiva espiritual	-	-	0,951 [§]	0,927-0,976	<0,001 [#]
Intervalo de puntuación total de escala de perspectiva espiritual					
49 - 60	210	14	1	1	
38 - 49	163	31	2,864 [§]	1,469-5,583	0,002 [#]
27 - 38	44	11	3,603 [§]	1,517-8,554	0,004 [#]
16 - 27	13	5	5,518 [§]	1,685-18,073	0,005 [#]
5 - 16	5	3	6,053 [‡]	1,187-30,858	0,030 [#]

Sigue

Continuación

Trimestre de embarazo					
Tercer	239	44	1	1	
Segundo	120	8	0,368 ^r	0,167-0,809	0,013 ^h
Primero	76	12	0,917 ^r	0,456-1,842	0,808
Patologías en el embarazo					
No	326	40	1	1	
Si	109	24	1,447 ²	0,764-2,739	0,257
Puntuación total de la escala de familismo de Bardis	-	-	0,921 ^z	0,896-0,947	<0,001 ^h
Intervalo de puntuación total de la escala de familismo de Bardis					
48.5-60.5	46	3	1	1	
36.5-48.5	313	29	1,051 ^A	0,294-3,760	0,939
24.5-36.5	63	20	3,215 ^A	0,851-12,142	0,085
12.5-24.5	7	4	9,869 ^o	1,783-54,622	0,009 ^h
0.5-12.5	6	8	17,828 ^{GD}	3,475-91,525	0,001 ^h
Apoyo familia					
Si	423	59	1	1	
No	12	5	2,088 ^é	0,601-7,257	0,247
Funcionalidad familiar					
Función normal	288	23	1	1	
Disfunción familiar	147	41	3,902 ^δ	2,052-7,422	<0,001 ^h
Violencia en el embarazo					
No	416	57	1	1	
Si	19	7	1,671 ^á	0,625-4,465	0,305
Puntuación total de la escala de felicidad subjetiva	-	-	0,919 ^v	0,860-0,983	0,014 ^h
Intervalo de puntuación total de la escala de felicidad subjetiva					
23.6-28	335	38	1	1	
19.2-23,6	74	16	1,510 ^y	0,805-2,832	0,198
14.8-19,2	23	9	2,522 ^y	1,076-5,914	0,033 ^h
6-14,8	3	1	1,413 ^y	0,132-15,042	0,774
Nivel de autoestima					
Alta	426	59	1	1	
Baja	9	5	4,257 ^z	1,363-13,295	0,013 ^h

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de perspectiva espiritual, escala de familismo de Bardis, APGAR familiar, escala AAS, escala de felicidad subjetiva, escala de autoestima de Rosenberg y escala de resiliencia de Wagnild y Young.

**Valor de p obtenido por test de Wald.*

*** Ajustado por patologías en el embarazo y puntuación total de la escala de perspectiva espiritual.*

§ Ajustado por violencia en el embarazo, etnia y edad.

‡ Ajustado por violencia en el embarazo.

‡ Ajustado por patologías en el embarazo y edad.

‡ Ajustado por etnia, trimestre de embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis, apoyo familiar, funcionalidad familiar, violencia en el embarazo, edad, puntuación total de la escala de felicidad subjetiva y nivel autoestima.

‡ Ajustado por etnia, patologías en el embarazo, apoyo familiar, funcionalidad familiar y edad.

‡ Ajustado por patologías en el embarazo y funcionalidad familiar.

‡ Ajustado por patología en el embarazo.

‡ Ajustado por etnia y funcionalidad familiar.

‡ Ajustado por puntuación total de la escala de familismo de Bardis y patología en el embarazo.

‡ Ajustado por etnia, patologías en el embarazo, puntuación total de la escala de familismo de Bardis y edad.

‡ Ajustado por puntuación total de la escala de perspectiva espiritual y puntuación total de la escala de felicidad subjetiva.

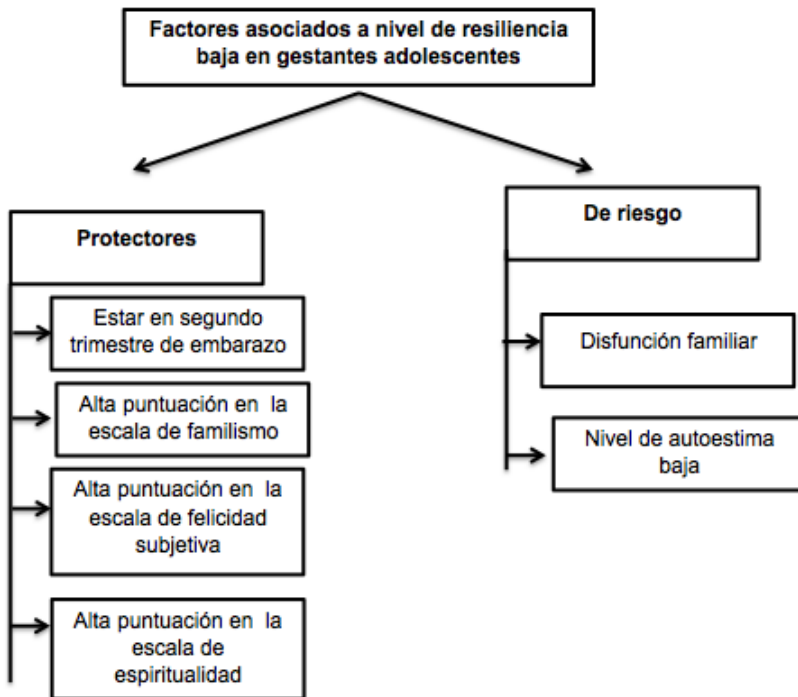
‡ Ajustado por edad, violencia en el embarazo y patologías en el embarazo.

‡ Ajustado por edad y patologías en el embarazo.

‡ Significativo

FLUJOGRAMA 1

ALGORITMO DE FACTORES ASOCIADOS A NIVEL DE RESILIENCIA BAJO EN GESTANTES ADOLESCENTES



Capítulo VI. Evaluación de la distribución de normalidad de las variables cuantitativas

Para las variables cuantitativas de este estudio tanto en las gestantes adolescentes en general como en el grupo de alta/moderada resiliencia y baja resiliencia, se utilizó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov, obteniéndose un valor de probabilidad para todas las citadas variables menor a 0,05, en la gestantes adolescentes en general y en el grupo de alta/moderada resiliencia. En el grupo de baja resiliencia las variables que obtuvieron p menor a 0,05 fueron edad, semana gestacional, número de ecografía, edad del compañero, total Rosenberg, total felicidad subjetiva, total resiliencia y total espiritual, por lo que se rechazó la hipótesis nula de distribución normal de los datos estudiados. Los datos obtenidos en la prueba estadística de Kolmogorov Smirnov para todas las variables en el grupo de gestantes adolescentes en general, las que tienen nivel de resiliencia alta/moderada y las variables mencionadas anteriormente en el grupo de baja resiliencia, que indican que no hay distribución normal, se pueden ver corroborados con los gráficos Q-Q en los que no tienden a formar línea recta, y los de cajas y bigotes en donde se aprecia asimetría y en algunas variables la existencia de datos atípicos. (Gráficas 2 a 28 y 31).

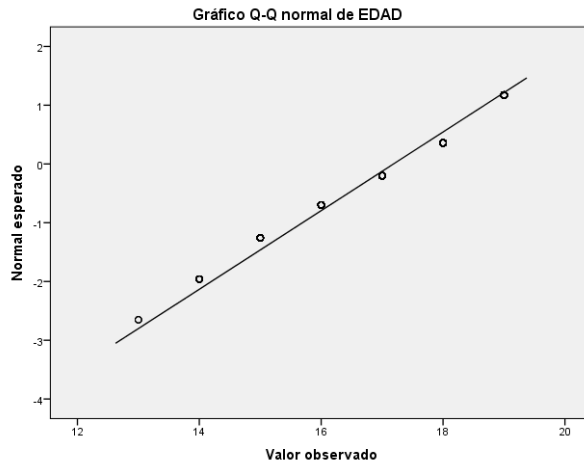
En el grupo de baja resiliencia las variables total familismo y total religiosidad, obtuvieron un valor de p mayor a 0,05 por lo que no se rechaza en estas dos variables en el grupo en mención la hipótesis nula de distribución normal, sin embargo, como la mayoría de las variables no tuvieron distribución normal tanto en la población general como en el grupo de comparación y en los gráficos Q-Q y los de cajas y bigotes presentaron características de asimetría en ambas y datos atípicos en la variable total familismo (Gráficas 29 y 30), se decidió utilizar como medida de tendencia central para todas las variables cuantitativa la mediana, con su rango intercuartil como medida de dispersión, teniendo en cuenta que esta medida es mejor que la media por que es robusta y no se deja afectar por valores extremos atípicos.

Evaluación de la distribución de normalidad de las variables cuantitativas en el total de gestantes adolescentes (Tabla 29).

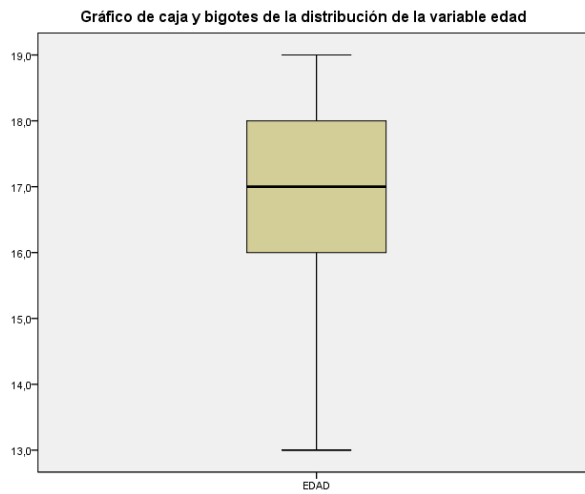
TABLA 29 PRUEBA DE NORMALIDAD PARA VARIABLES CUANTITATIVAS EN EL TOTAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES			
VARIABLE	KOLMOGOROV- SMIRNOV	P-VALOR	DISTRIBUCION NORMAL
Edad	0,188	<0,001	No
Semana gestacional	0,145	<0,001	No
Número de ecografías	0,166	<0,001	No
Edad del compañero	0,174	<0,001	No
Total Rosenberg	0,187	<0,001	No
Total felicidad subjetiva	0,277	<0,001	No
Total resiliencia	0,157	<0,001	No
Total familismo	0,150	<0,001	No
Total religiosidad	0,140	<0,001	No
Total SPS	0,123	<0,001	No

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de autoestima de Rosenberg, escala de felicidad subjetiva, escala de resiliencia de Wagnild y Young, escala de familismo de Bardis, escala de religiosidad "Age universal" I-E 12, escala de perspectiva espiritual.

GRÁFICA 2 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD GESTANTES ADOLESCENTES

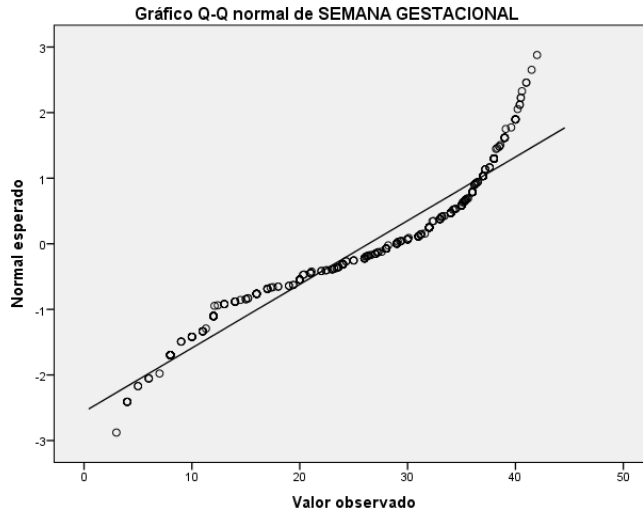


2a

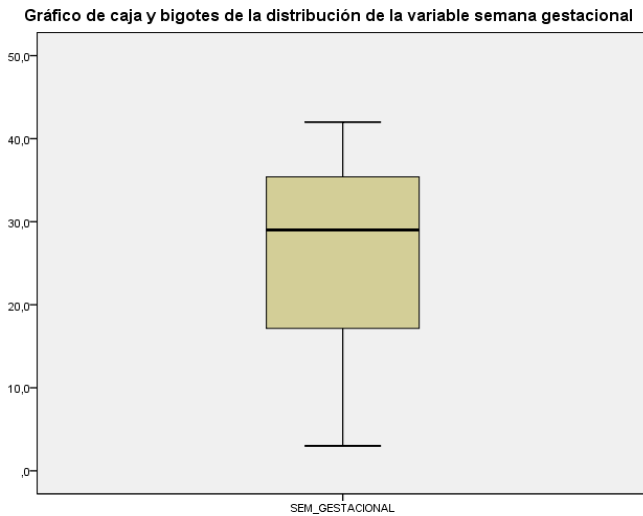


2b

GRÁFICA 3 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEMANA GESTACIONAL GESTANTES ADOLESCENTES

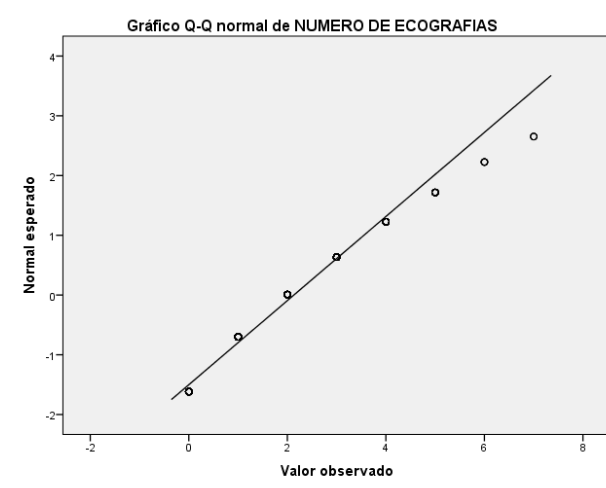


3a



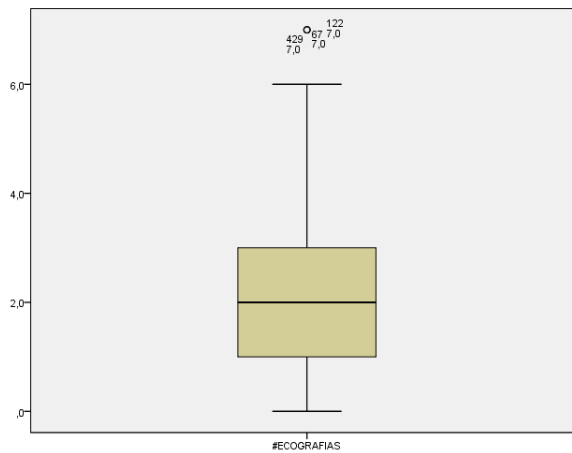
3b

GRÁFICA 4 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NÚMERO DE ECOGRAFÍAS GESTANTES ADOLESCENTES



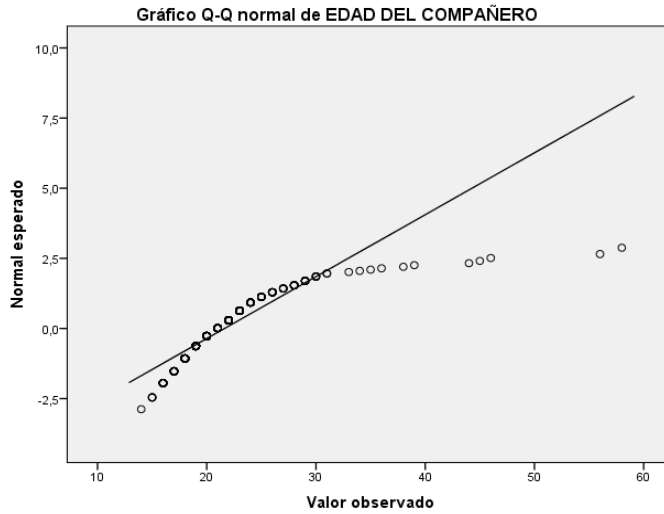
4a

Gráfico de caja y bigotes de la distribución de la variable número de ecografías

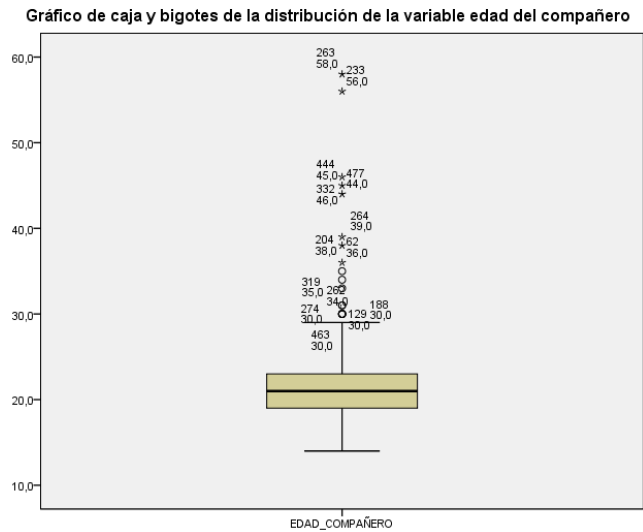


4b

GRÁFICA 5 DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD DEL COMPAÑERO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

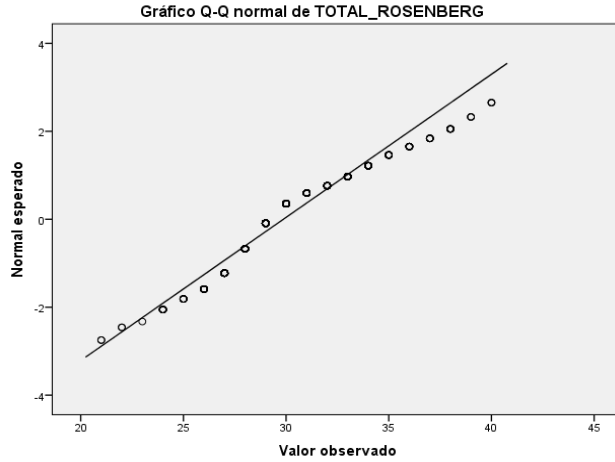


5a

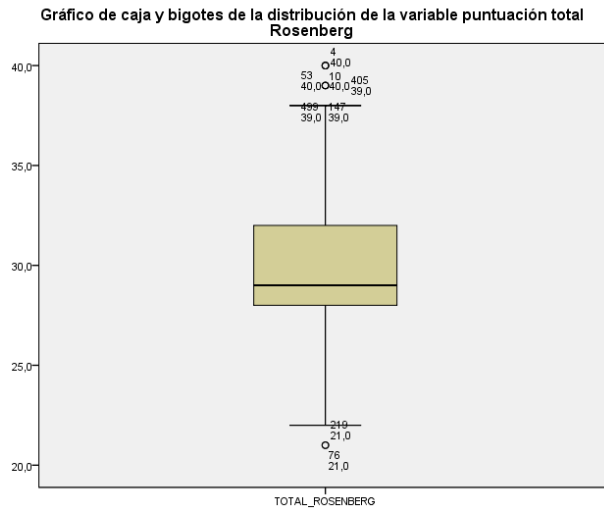


5b

GRÁFICA 6
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL ESCALA DE
AUTOESTIMA DE ROSENBERG GESTANTES ADOLESCENTES

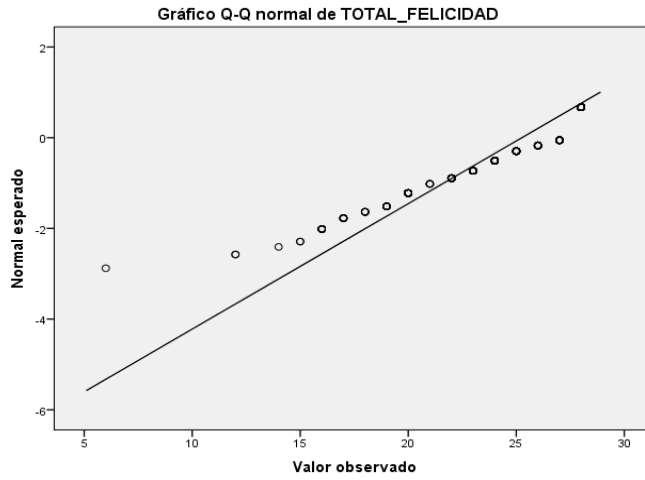


6a

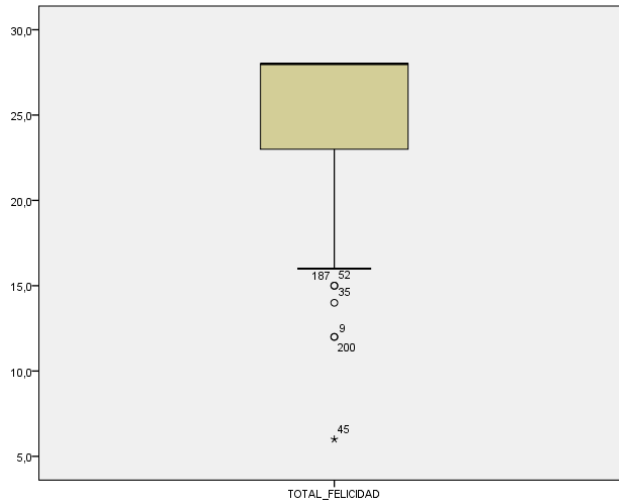


6b

GRÁFICA 7
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

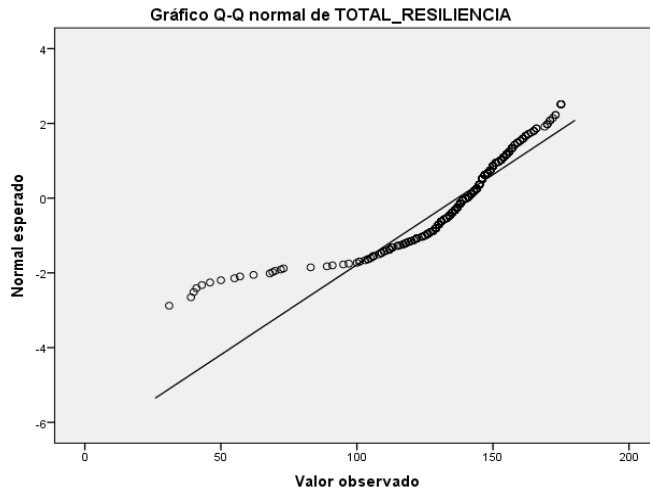


7a

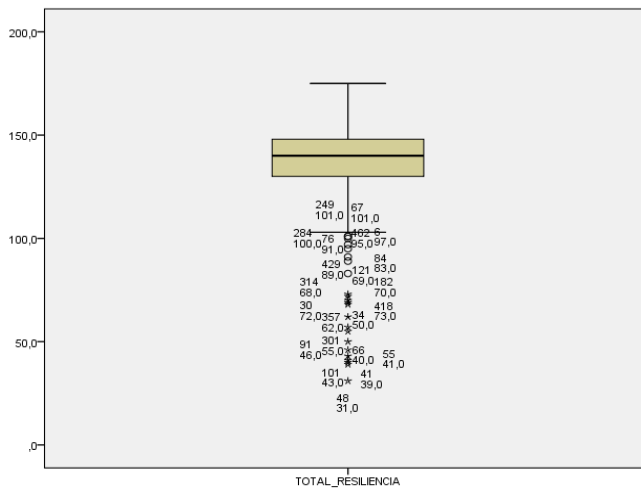


7b

GRÁFICA 8
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

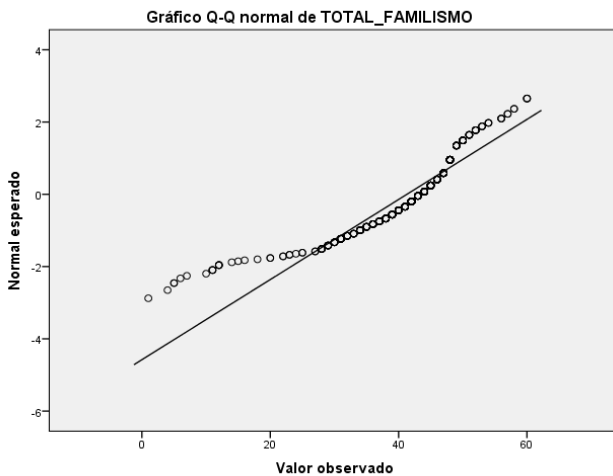


8a

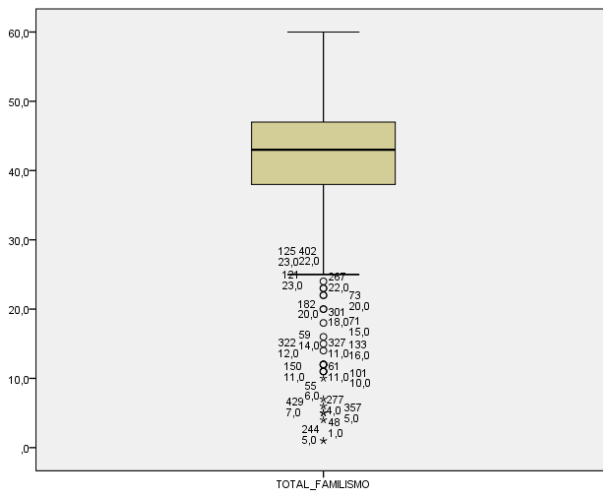


8b

GRÁFICA 9
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE
FAMILISMO DE BARDIS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

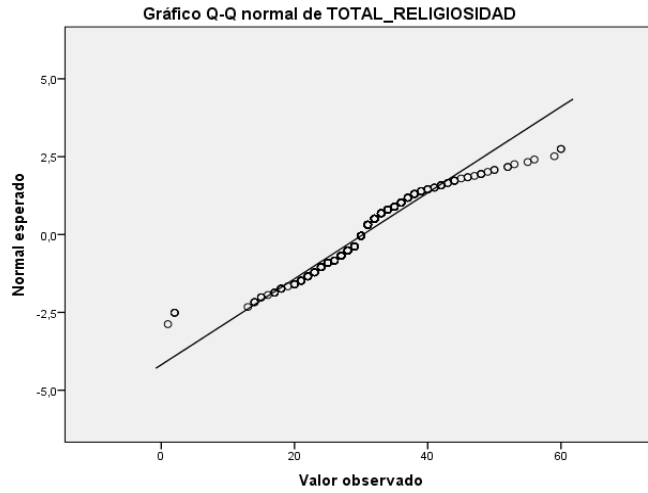


9a

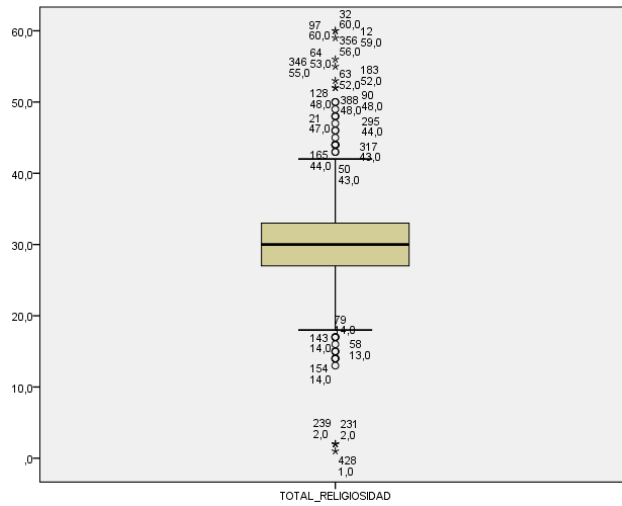


9b

GRÁFICA 10
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE RELIGIOSIDAD “AGE UNIVERSAL” DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

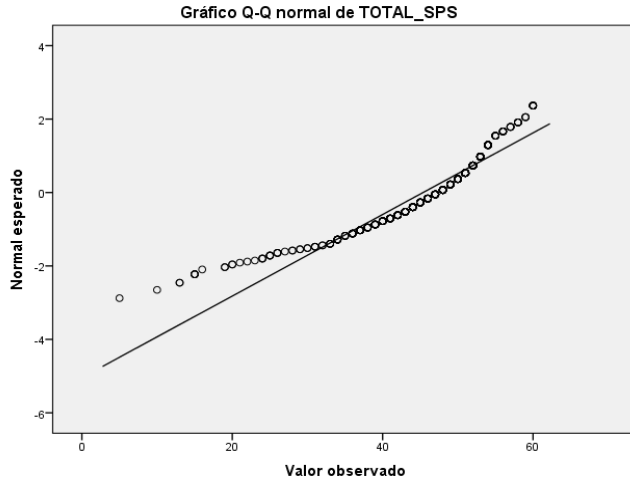


10a

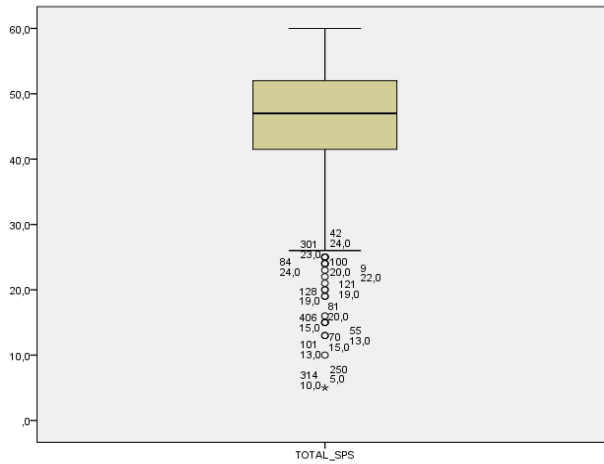


10b

GRÁFICA 11
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE
PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES



11a



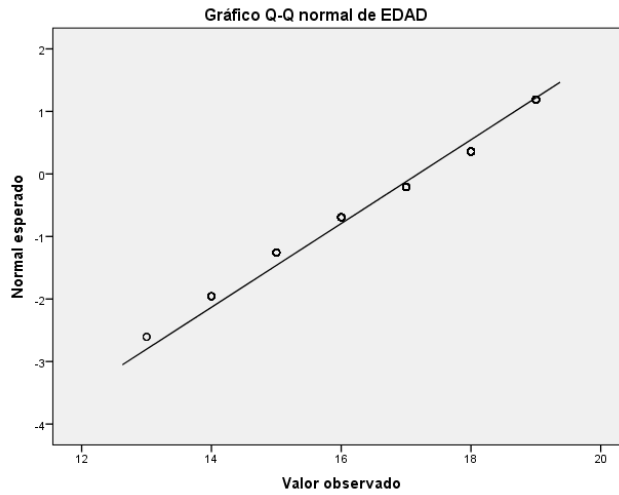
11b

La Tabla 30, presenta la evaluación de la distribución de normalidad de las variables cuantitativas en adolescentes con alta/moderada resiliencia

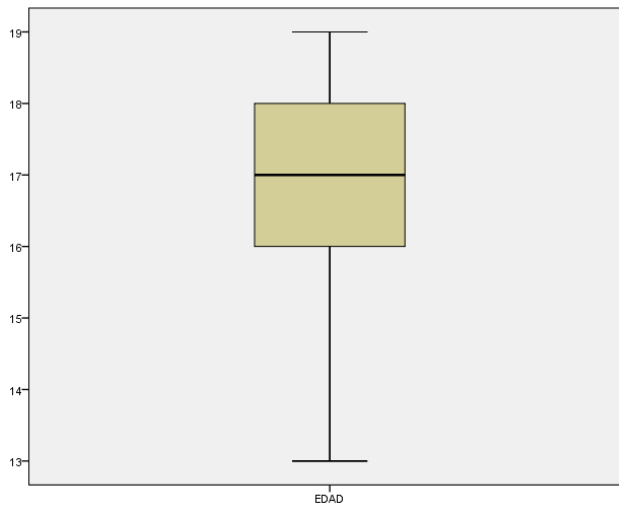
TABLA 30 PRUEBA DE NORMALIDAD PARA VARIABLES CUANTITATIVAS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON ALTA/MODERADA RESILIENCIA			
VARIABLE	KOLMOGOROV-SMIRNOV	P-VALOR	DISTRIBUCION NORMAL
Edad	0,195	<0,001	No
Semana gestacional	0,129	<0,001	No
Número de ecografías	0,171	<0,001	No
Edad del compañero	0,183	<0,001	No
Total Rosenberg	0,200	<0,001	No
Total felicidad subjetiva	0,289	<0,001	No
Total resiliencia	0,072	<0,001	No
Total familismo	0,148	<0,001	No
Total religiosidad	0,152	<0,001	No
Total SPS	0,124	<0,001	No

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de autoestima de Rosenberg, escala de felicidad subjetiva, escala de resiliencia de Wagnild y Young, escala de familismo de Bardis, escala de religiosidad "Age universal" I-E 12, escala de perspectiva espiritual.

GRÁFICA 12
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES
CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

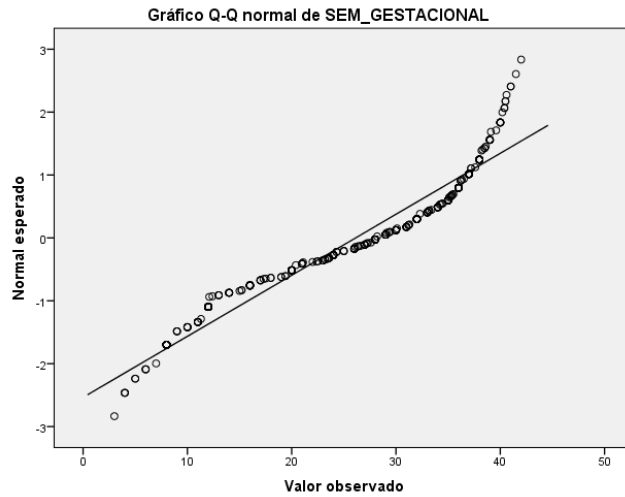


12a

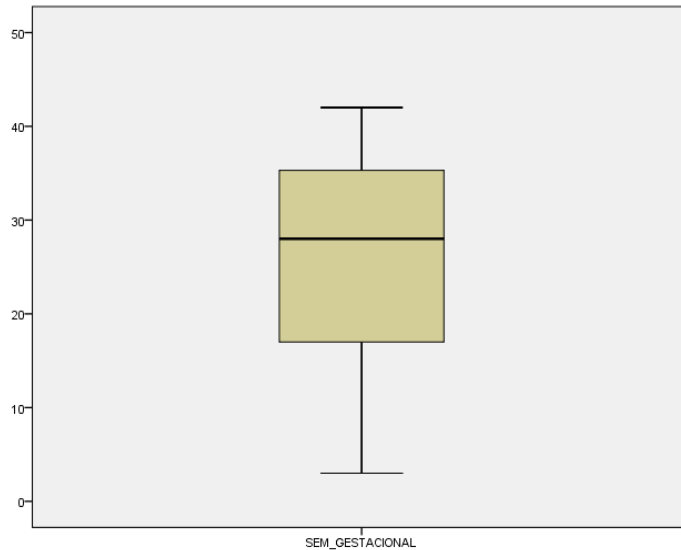


12b

GRÁFICA 13
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEMANA GESTACIONAL EN GESTANTES
ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

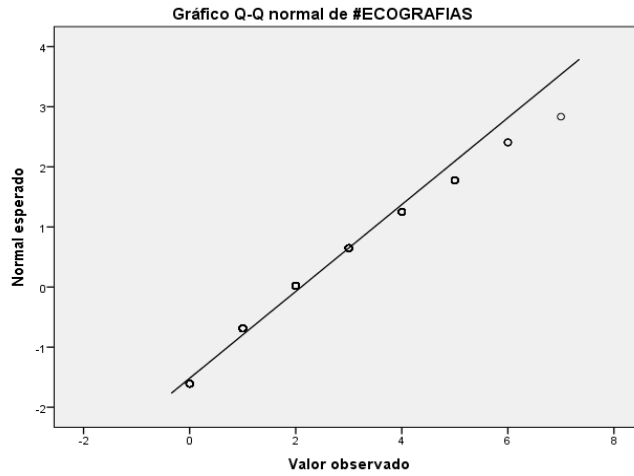


13a



13b

GRÁFICA 14
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NÚMERO DE ECOGRAFIAS EN GESTANTES
ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

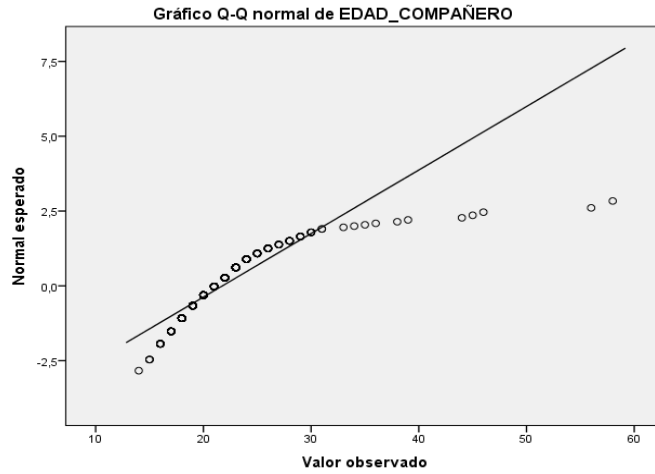


14a

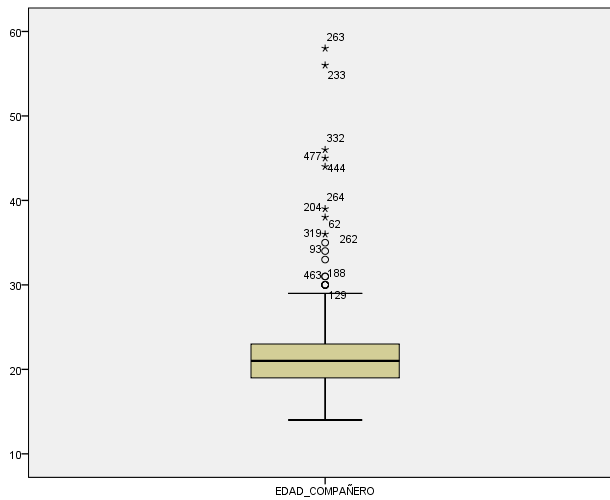


14b

GRÁFICA 15
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD DEL COMPAÑERO EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

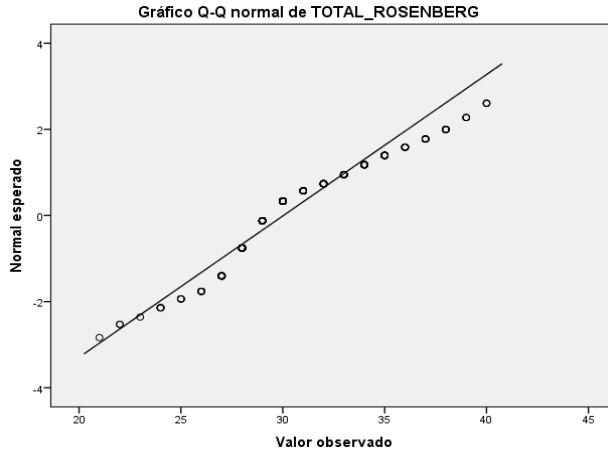


15a

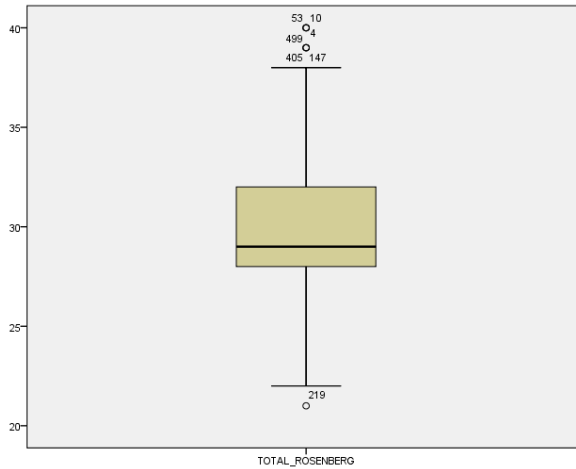


15b

GRÁFICA 16
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL ESCALA DE
AUTOESTIMA DE ROSENBERG EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL
RESILIENCIA ALTA/MODERADA

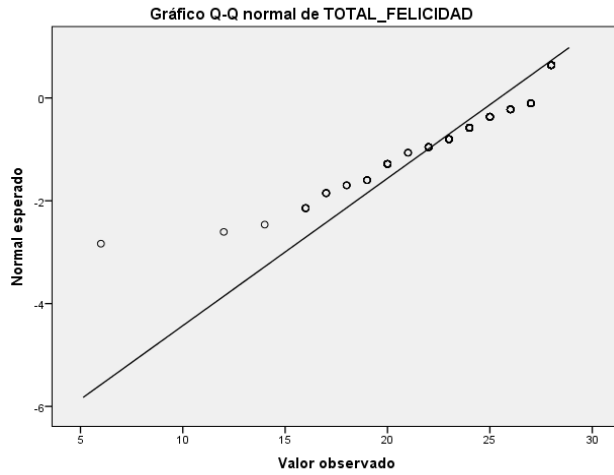


16a

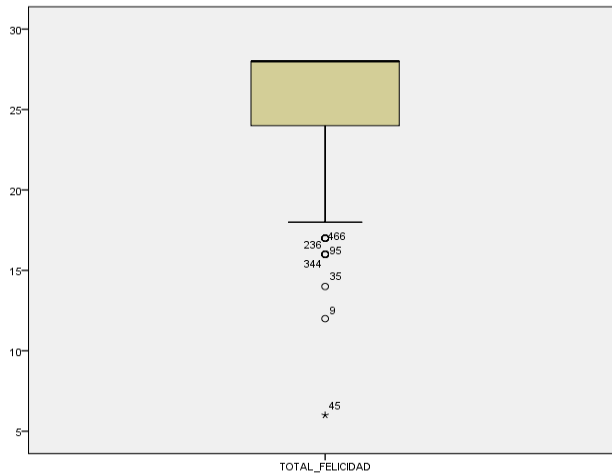


16b

GRÁFICA 17
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA
DE FELICIDAD SUBJETIVA EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL
RESILIENCIA ALTA/MODERADA

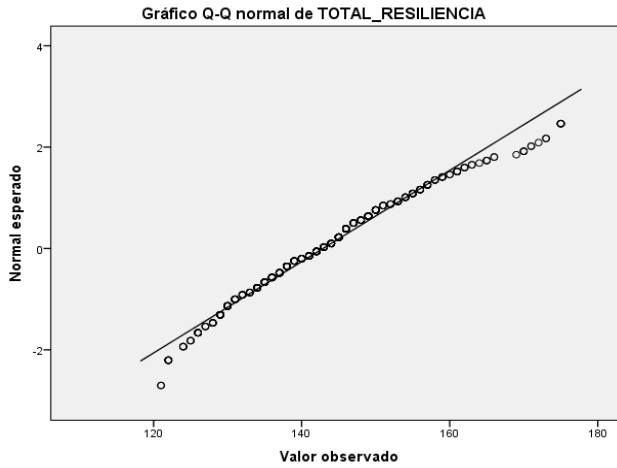


17a

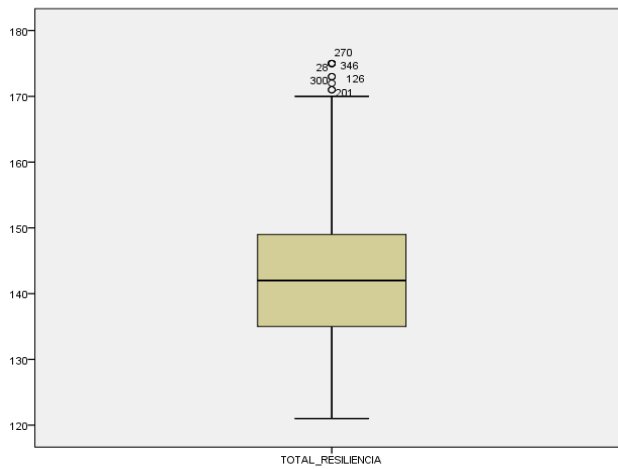


17b

GRÁFICA 18
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

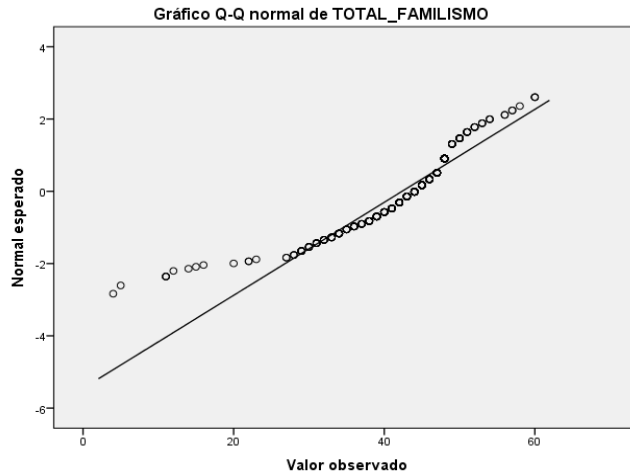


18a

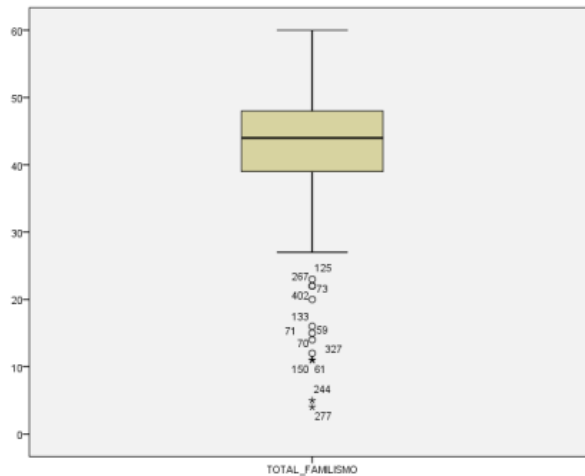


18b

GRÁFICA 19
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA
DE FAMILISMO DE BARDIS EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL
RESILIENCIA ALTA/MODERADA

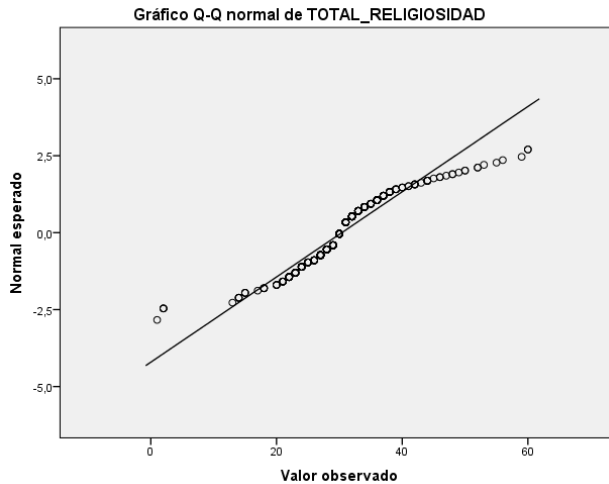


19a

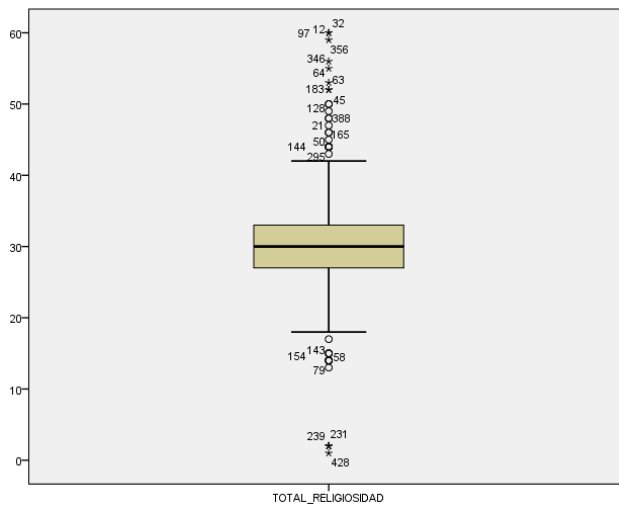


19b

GRÁFICA 20
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE
RELIGIOSIDAD “AGE UNIVERSAL” EN GESTANTES ADOLESCENTES CON
NIVEL RESILIENCIA ALTA/MODERADA

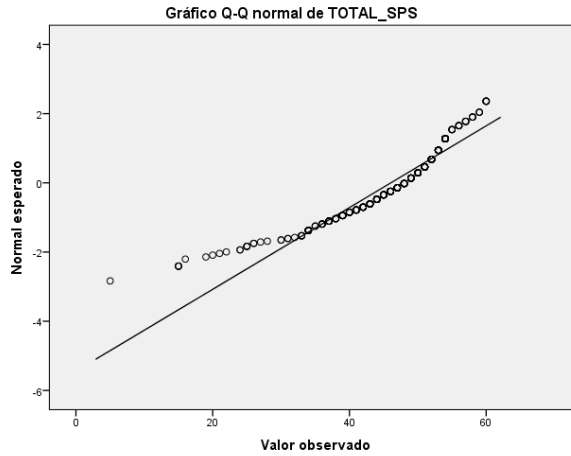


20a

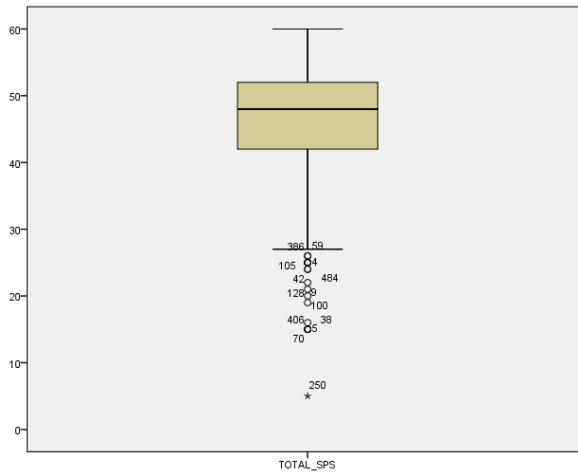


20b

GRÁFICA 21
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE
PERSPECTIVA ESPIRITUAL EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL
RESILIENCIA ALTA/MODERADA



21a



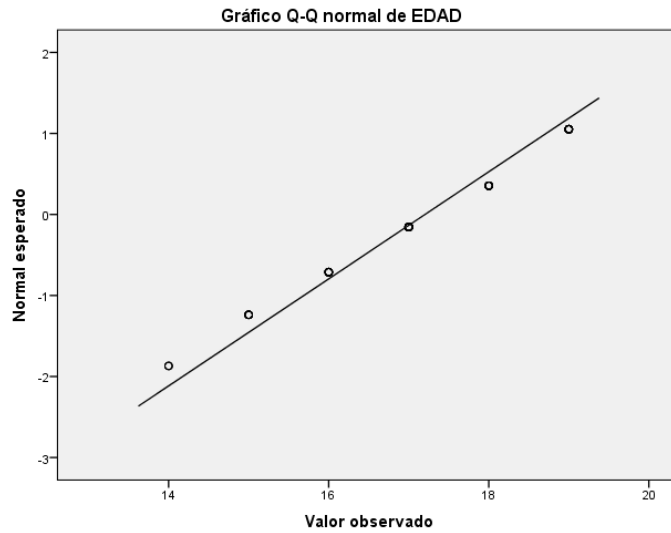
21b

La Tabla 31 presenta la evaluación de la distribución de normalidad de las variables cuantitativas en adolescentes con baja resiliencia

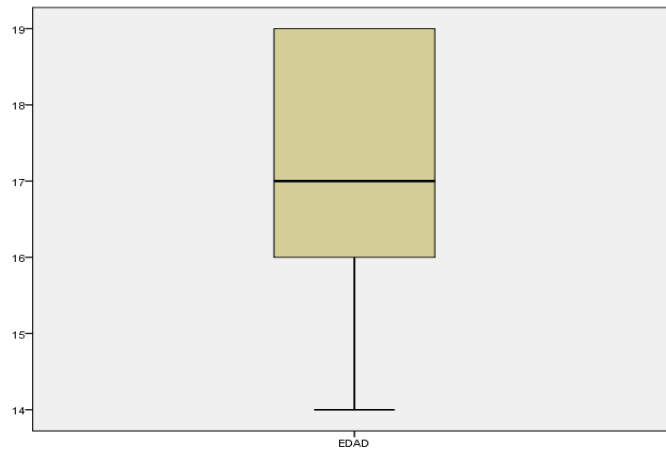
TABLA 31 PRUEBA DE NORMALIDAD PARA VARIABLES CUANTITATIVAS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON BAJA RESILIENCIA			
VARIABLE	KOLMOGOROV- SMIRNOV	P-VALOR	DISTRIBUCION NORMAL
Edad	0,164	<0,001	No
Semana gestacional	0,249	<0,001	No
Número de ecografías	0,185	<0,001	No
Edad del compañero	0,152	0,001	No
Total Rosenberg	0,112	0,045	No
Total felicidad subjetiva	0,194	<0,001	No
Total resiliencia	0,243	<0,001	No
Total familismo	0,110	0,054	SI
Total religiosidad	0,098	0,200	SI
Total SPS	0,134	0,006	No

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo, escala de autoestima de Rosenberg, escala de felicidad subjetiva, escala de resiliencia de Wagnild y Young, escala de familismo de Bardis, escala de religiosidad "Age universal" escala de perspectiva espiritual.

GRÁFICA 22
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES
CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

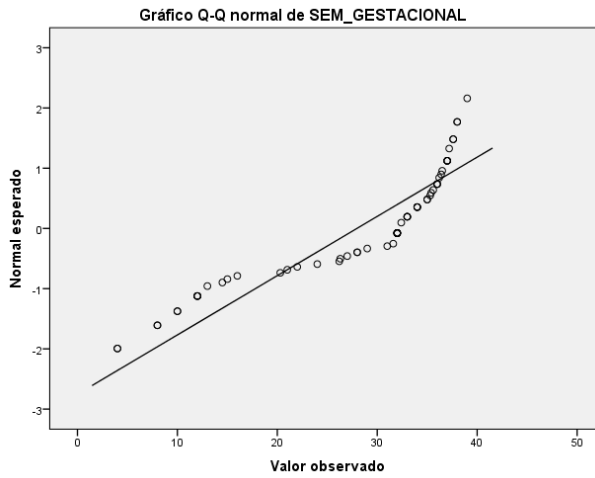


22a

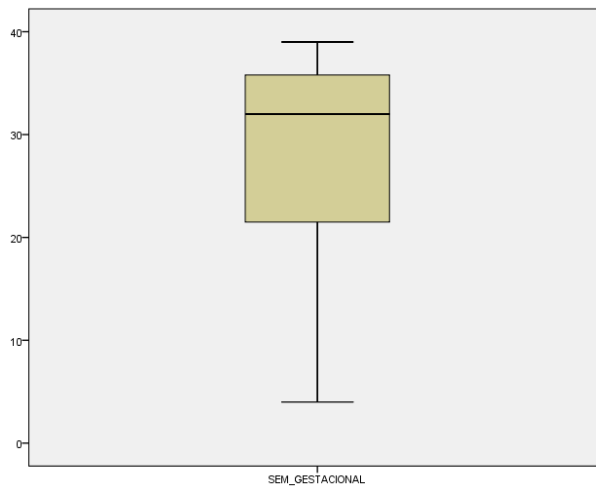


22b

GRÁFICA 23
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEMANA GESTACIONAL EN GESTANTES
ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

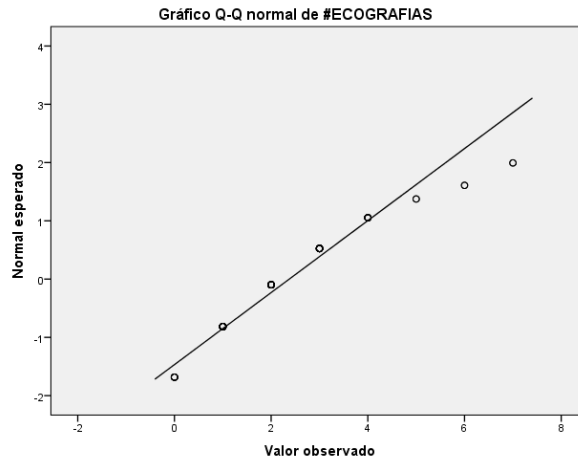


23a

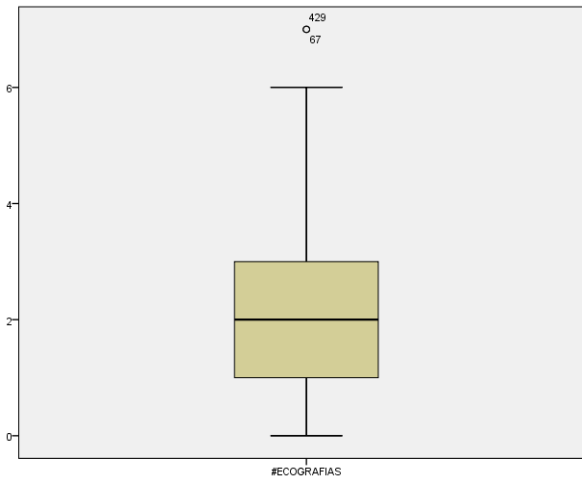


23b

GRÁFICA 24
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NÚMERO DE ECOGRAFÍAS EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

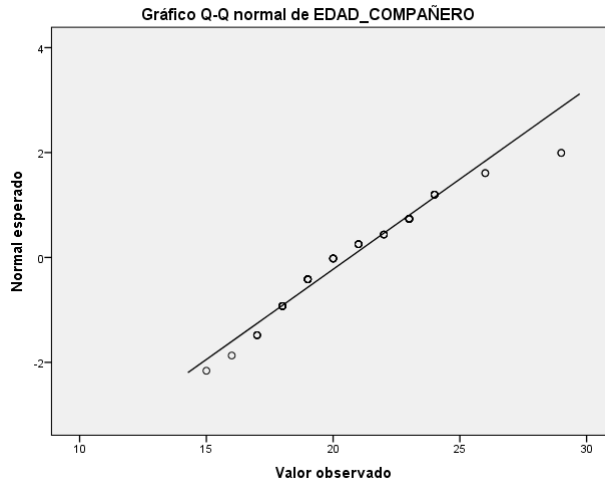


24a

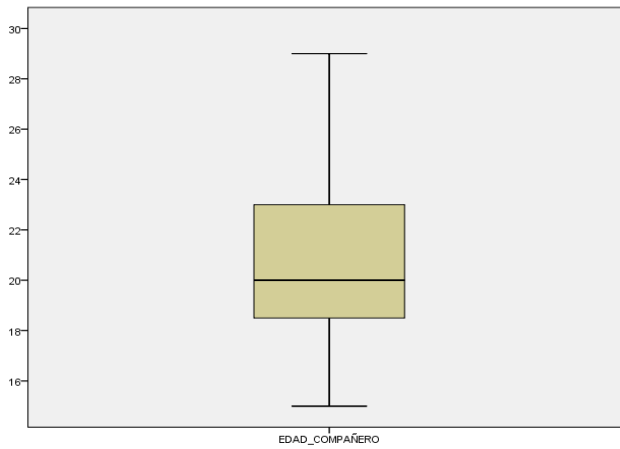


24b

GRÁFICA 25
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD DEL COMPAÑERO EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

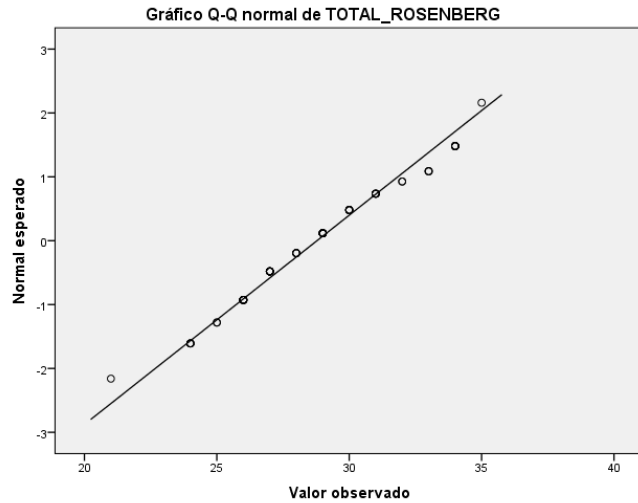


25a

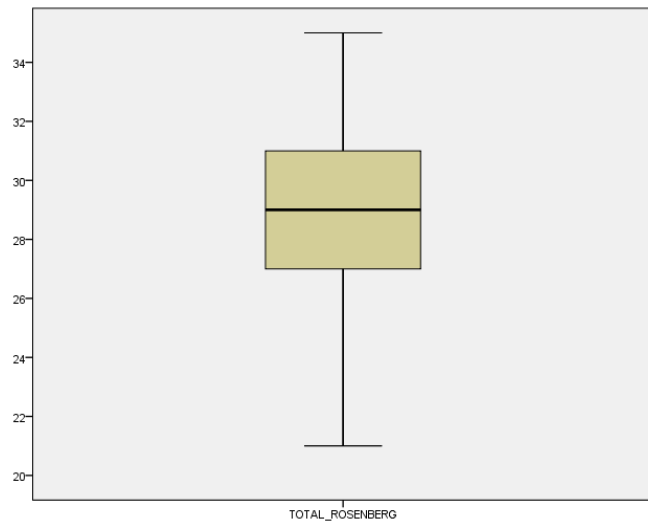


25b

GRÁFICA 26
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL ESCALA DE
AUTOESTIMA DE ROSENBERG EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL
DE RESILIENCIA BAJA

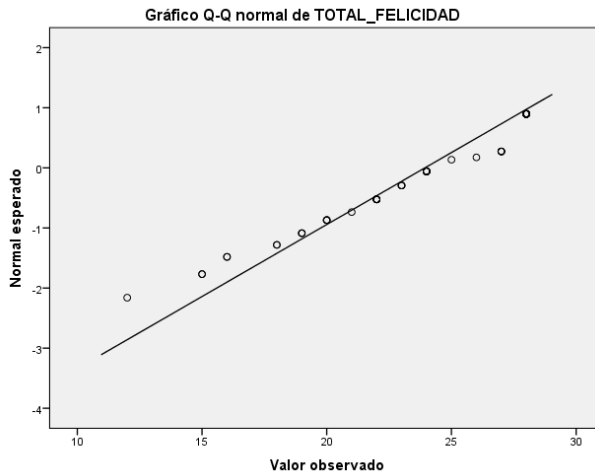


26a

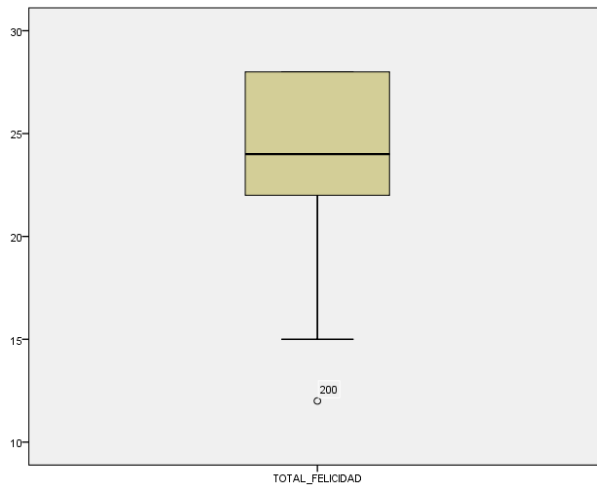


26b

GRÁFICA 27
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

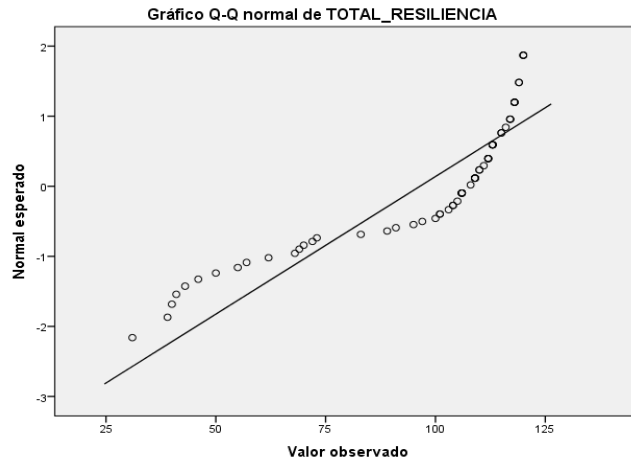


27a

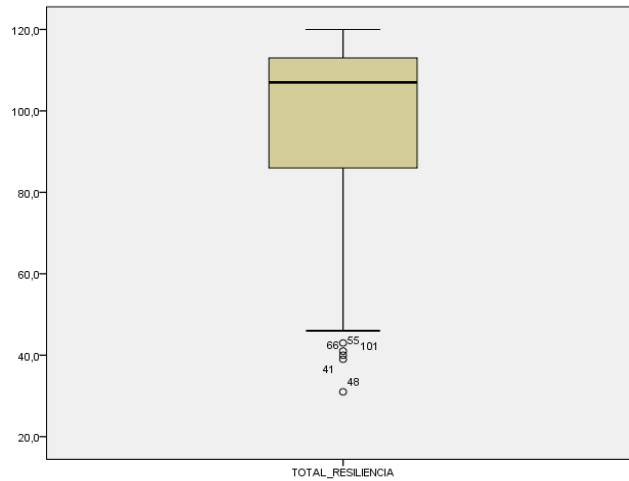


27b

GRÁFICA 28
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

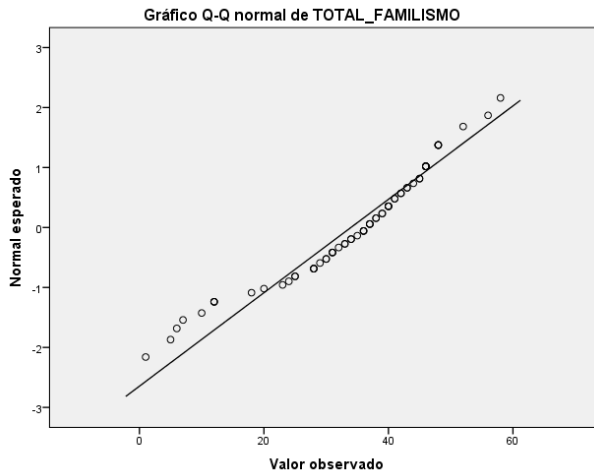


28a

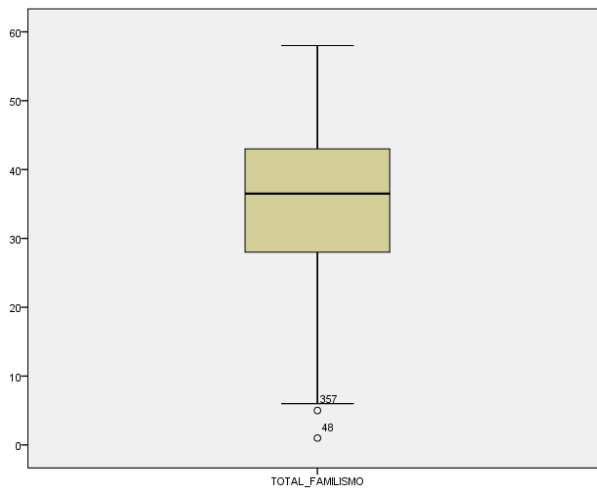


28b

GRÁFICA 29
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE FAMILISMO DE BARDIS EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

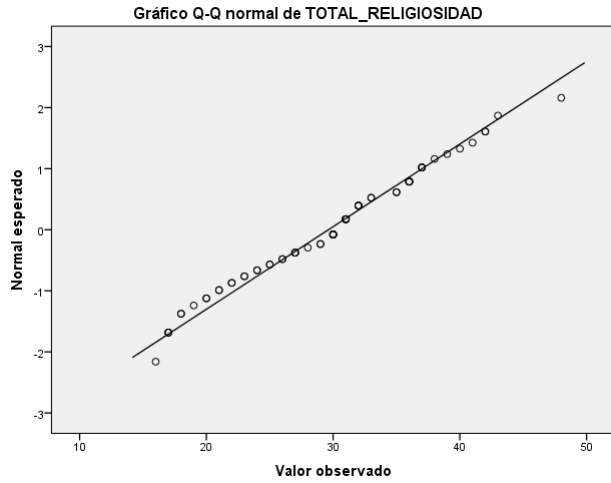


29a

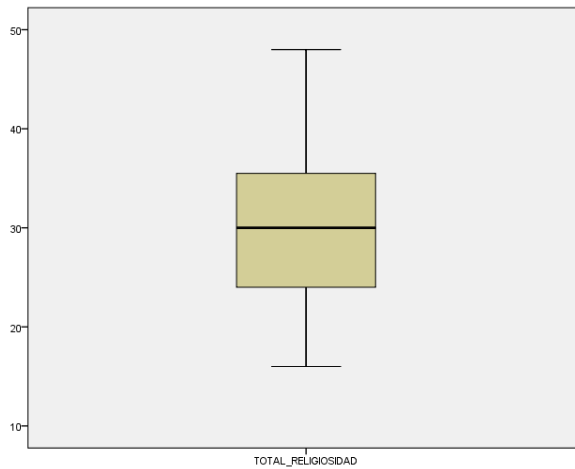


29b

GRÁFICA 30
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE
RELIGIOSIDAD “AGE UNIVERSAL” EN GESTANTES ADOLESCENTES CON
NIVEL DE RESILIENCIA BAJA

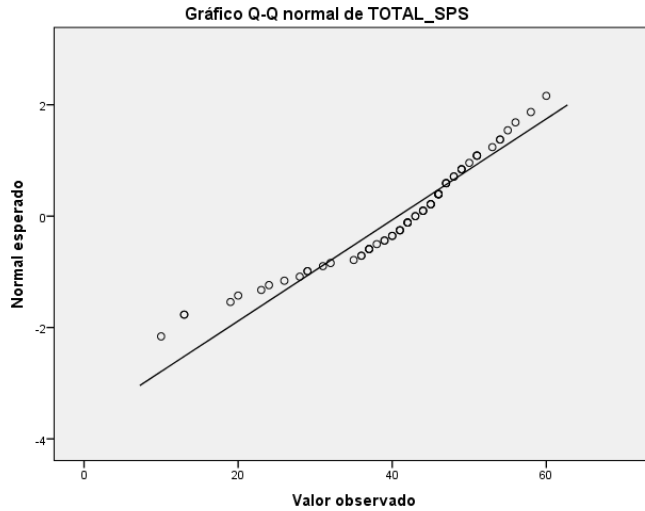


30a

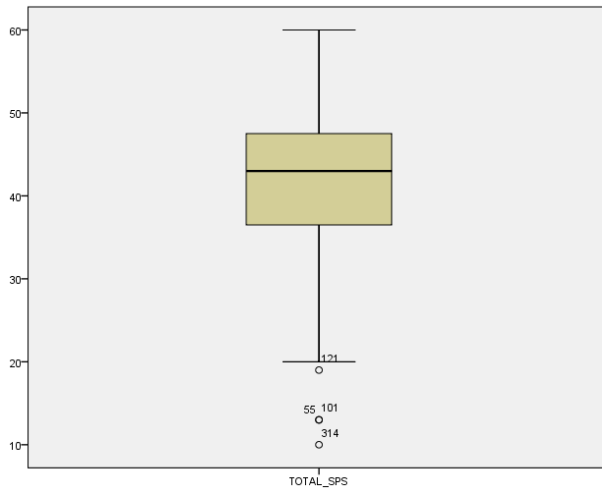


30b

GRÁFICA 31
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DE
PERSPECTIVA ESPIRITUAL EN GESTANTES ADOLESCENTES CON NIVEL DE
RESILIENCIA BAJA



31a



31b

Capítulo VII. Discusión

En este estudio se obtuvo una mediana de edad de 17 años, y no hubo diferencia significativa en la presencia de nivel de resiliencia bajo de acuerdo a la etapa de la adolescencia, por su parte la media de edad en gestantes adolescentes en el estudio de Wilson-Mitchell y col. fue de 15,6 años (10) y en el de Feldman fue de 16,1 años (166). En el estudio de Brigido y col. en una muestra de adolescentes de ambos sexos de dos colegios en Sao Paulo obtuvieron una media de edad de 15 años y no fue significativamente diferente la puntuación de la resiliencia en función a la edad [$F(3,87)=0,291;p=0,832$] (25). Majul y col. en adolescentes de secundaria en Maipú-Mendoza/Argentina, también de ambos sexo, encontraron una mediana de edad de 17 años y una correlación positiva significativa entre el nivel de resiliencia y la edad [$Rho=0,334, p=0,002$] (163). En el estudio de Salazar y col. realizado en embarazadas adolescentes y adultas, en general la media de edad fue de 20 años y en el grupo de adolescentes 17,2 años, encontrando que las gestantes adolescentes tienen menor resiliencia que las adultas y un mayor porcentaje de las adolescentes tenían puntuaciones totales en la escala de resiliencia por debajo de la media que fue 82, con respecto a las no adolescentes 52,3% frente a 41,1% respectivamente, $p=0,04$ (5).

El 72,5% de las gestantes adolescentes estudiadas eran de procedencia urbana, 97,4% eran de estrato bajo-bajo y 2,6% de estrato bajo, no encontrándose diferencias significativas en la presencia de nivel de resiliencia bajo en cuanto a procedencia y estrato socioeconómico, cabe señalar que no hubo ninguna participante perteneciente a estrato socioeconómico alto. Por su parte Morales y Díaz encontraron diferencia en el nivel de resiliencia de acuerdo a la procedencia siendo más alta en aquellos cuyos lugares donde viven generan más oportunidad económica (27). Brigido y col. muestran que la puntuación de la resiliencia no fue significativamente diferente en función al ingreso familiar [$F(4,86)=1,090;p=0,367$] (25), al igual que Palomar y Gómez en jóvenes mexicanos entre 18 y 25 años de ambos sexos en quienes no encontraron diferencias significativas en la resiliencia de acuerdo a ingresos económicos (41). Por el contrario Gómez-Azcárate y col. en su estudio en México con adolescentes de ambos sexos, al comparar la resiliencia entre tres grupos de marginados, encontraron diferencias significativas entre la resiliencia de los jóvenes del nivel bajo y medio [$t = 2,56,p < 0,05$] y entre el nivel bajo y alto de marginación [$t = 2,52,p < 0,05$] (36). Quiceno y col. en enfermos crónicos de la ciudad de Medellín, resaltan que no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de resiliencia en función al estrato socioeconómico colombiano [bajo, medio y alto] [$p=0,822$] (43).

Álvarez y Cáceres en Bucaramanga realizaron un estudio en estudiantes universitarios en los que encontraron una correlación positiva débil (0.308) entre estrato socioeconómico y resiliencia (44). En este estudio 96,8% de las participantes eran mestizas, solo 3,2% fueron negras y la presencia de nivel de resiliencia bajo fue mayor en negras que en mestizas, siendo significativo. Diferente a lo que se esperarían, teniendo en cuenta el comportamiento de esta

población a través de la historia reportado en la literatura, que la describe como una población con alta capacidad de resiliencia (31, 80-82).

En cuanto a la escolaridad en las gestantes adolescentes estudiadas solo 8,6% tenían educación superior, 44,7% educación media, 42,9% básica secundaria y 3,8% básica primaria, y no hubo diferencia significativa en presentar nivel de resiliencia bajo de acuerdo al nivel de estudio. Al igual que Palomar y Gómez en jóvenes en quienes no encontraron diferencias significativas en la resiliencia de acuerdo a la escolaridad, en su estudio la escolaridad va de primaria a licenciatura con una moda de preparatoria, observándose que el 23% tenía una escolaridad de licenciatura, el 64,5%, preparatoria, el 11,5%, secundaria y solamente el 5% tenía primaria (41). En una población de adolescentes mexicanos estudiada por Morales y Díaz, habían más adolescentes en nivel superior 30%, en nivel medio superior 39,4%, habían menos con estudios de secundaria 22,7% en comparación con el presente estudio y en menor porcentaje, el 7,9% con nivel de primaria, el cual fue más alto que el que se encontró en el actual estudio, además estos autores si encontraron diferencias en el nivel de resiliencia, observándolas en tres de los cinco factores que la conforman como es fortaleza y confianza en sí mismo [$F(3,750)=7.622;p=0.000$], competencia social [$F(3,762)=4.282;p=0,005$] y apoyo social ($F(3, 667)= 3.690; p=0,012$), así, los adolescentes con nivel medio-superior tienen mejor fortaleza y confianza en sí mismos, competencia social y apoyo social, seguidos de los del nivel superior, por el contrario los de primaria y secundaria tienen menos desempeño en estos tres factores (27). Álvarez y col. en México, encontraron en su estudio en adolescentes, diferencia significativa de resiliencia de acuerdo al grado escolar, siendo mayor la puntuación media de la resiliencia en los que cursaban mayor grado en la escuela [$H=12.10$,

$p < 0,05$] (38). En Lima, Lam y col. en gestantes adultas reportan que el 4,7% tenían nivel de estudio de primaria, 54,8% secundaria y 40,5% superior, y la puntuación media de la escala de resiliencia fue mayor a medida que se aumentaba el nivel académico, siendo más alta en las que tenían nivel superior, $p < 0,05$ (42).

En cuanto a la ocupación, 69,1% indicaron no hacer nada, 27,5% estudiaban, 1,4% trabajan, 2% estudiaban y trabajaban en el momento de la encuesta, no presentándose diferencia significativa al nivel de resiliencia con respecto a su ocupación. Por su parte Brigido y col. encontraron que de los estudiantes de secundaria de su estudio 87% no trabajaba, y que la puntuación en la resiliencia no fue significativamente diferente en función a si trabajaban o no [$T(89) = -0,119; P = 0,906$] (25). Así mismo Palomar y Gómez en jóvenes no encontraron diferencias significativas en la resiliencia de acuerdo a la ocupación, en su estudio el 47% de los casos eran estudiantes, el 36%, empleados, el 7.8% trabajaba por su cuenta y el 6% eran desempleados (41). Lam y col. tampoco encontraron diferencias en la resiliencia de acuerdo a trabajar o no [$p > 0,05$] (42), Quiceno y col. [$p = 0,916$] (43).

En este estudio el 37,9% refirieron asistir a alguna iglesia regularmente, la mediana de la puntuación en la escala de religiosidad fue de 30 puntos y en la escala de espiritualidad 47 puntos, no observándose diferencia significativa en la frecuencia de nivel de resiliencia bajo de acuerdo a si asistían o no a una iglesia regularmente y no hubo diferencia en la puntuación de la escala de religiosidad entre la que tenía o no baja resiliencia, por el contrario la puntuación de la escala de espiritualidad si presentó diferencia significativa, siendo más baja en las mujeres que presentaron nivel de resiliencia bajo. Jarmillo y col. en mujeres entre 16 y 72 años maltratadas de Medellín, encontraron que un 98,9% de las entrevistadas manifestaron tener alguna filiación religiosa,

muy por encima de lo encontrado en este estudio (28). También, Duckett en embarazadas adolescentes afroamericanas en EE.UU., encontró que el 50% de las que estudiaron se identificaban como cristianas, participaban activamente en las actividades religiosas y consideraban que la religión les había ayudado en los momentos difíciles (31).

La mediana de la edad gestacional fue de 29 semanas y 56,7% de las adolescentes gestantes estaban en el tercer trimestre, siendo mayor el porcentaje de nivel de resiliencia bajo en las gestantes de tercer trimestre. Boukydis en dos estudios sobre consulta ecográfica y su influencia con el apego al embarazo y la resiliencia, encontró una media de edad gestacional de 24 semanas en uno y en el otro de 19.7 semanas (32). Y la media de edad gestacional encontrada por Ulloque y col. en gestantes adolescentes cartageneras en el 2015 fue de 26,8 semanas (144).

En relación con el control prenatal, 93% lo tenían, 60,3% lo iniciaron en el primer trimestre, 28,7% en el segundo trimestre, 5% en el tercer trimestre y solo 6% no tenía control prenatal al momento de ser encuestada, no hubo diferencia significativa en el nivel de resiliencia de acuerdo a esas variables. Lam y col. reportan que 73,4% iniciaron control prenatal en primer trimestre, 21,4% en el segundo y el 5,2% en el tercero y al igual que en el presente estudio no observaron diferencias significativas en la puntuación media de la resiliencia de acuerdo al trimestre de inicio del control prenatal [136,51, 134,53 y 139,74 respectivamente, $p>0,05$] (42).

El 89,8% de las gestantes adolescentes estudiadas se habían realizado ecografías, y la mediana de ecografías fue de dos. 62,7% se había realizado menos de 3 ecografías, sin presentar diferencias significativas del nivel de resiliencia en cuanto a realización y número de ecografías. Mientras que Boukydis reportó que tras la

sesiones de la consulta ecográfica se disminuyeron los riesgos y aumentó la resiliencia de las participantes (32).

El 74,9% de las participantes de este estudio, no percibía su embarazo como de riesgo, mientras el 25,1% percibía tener un embarazo de riesgo; 26,7% presentaron patología durante el embarazo, no habiendo diferencia significativa en el nivel de resiliencia con relación a considerar el embarazo como de riesgo o no, pero si hubo diferencia entre las que presentaban alguna patología y las que no, con mayor porcentaje de bajo nivel de resiliencia en las gestantes que tuvieron patología. El estudio de Salazar y col. en gestantes adolescentes, encontró que el tener un parto prematuro [OR 3,0 IC95%: 1,43-6,55; p 0,004] se relacionó con mayor riesgo de baja resiliencia (5).

La mediana de la escala de familismo de Bardis fue de 43 puntos y las que tuvieron nivel de resiliencia bajo tenían una menor mediana de puntuación que las de resiliencia alta/moderada, siendo estadísticamente significativo. De igual forma Feldman y Pittman relacionan al familismo con mayor resiliencia en gestantes adolescente (110).

De acuerdo al tipo de familia en este estudio, 50,7% venían de una familia biparental, 40,3% de una familia monoparental y 9% nunca vivió con sus padres, sin presentar diferencia significativa en el nivel de resiliencia en cuanto al tipo de familia. 49,9% vivían con su compañero, no hubo diferencia significativa en el nivel de resiliencia con respecto a con quien vivían. Wilson-Mitchell y col. en su estudio con embarazadas adolescentes reportan que 60% de estas cohabitaban con su madre, 13,3% con sus padres, 13,3% con su abuela, 6,7% con una tía, 3,3% con su hermano y 3,3% con otros (10). En el estudio de Lam y col. 81,1% compartía techo de vivienda con su pareja [casadas/convivientes], y al igual que en este estudio

no hubo diferencia significativa entre la resiliencia en términos de promedio de la escala de acuerdo a con quien se convivía $p>0,05$ (42). Álvarez y Cáceres encontraron que hubo mayor resiliencia en los que vivían con su familia que los que no, $p<0,01$ (44). Quiceno y col. no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de resiliencia en función a con quien se convive (43).

El 96,6% de las gestantes embarazadas de este estudio tenían apoyo de la familia, y las que no lo tuvieron presentaban más nivel de resiliencia bajo, siendo este significativo. 52,3% tenía buena función familiar, y 47,7% presentaban disfunción familiar, se observó mayor porcentaje de resiliencia baja en las que provenían de una familia disfuncional siendo significativo. Duckett [South Orange/ EE.UU., 2009], encontró relación entre mayor soporte de la familia y mayor capacidad de resiliencia en embarazadas adolescentes (31).

El 85,6% de las participantes de este estudio tenían compañero sentimental y 92,4% apoyo de este, sin diferencias significativas del nivel de resiliencia entre tener o no, compañero y entre recibir o no el apoyo de estos. Wilson-Mitchell y col. observaron que el 60% de las adolescentes embarazadas que estudiaron tenían compañero al momento del estudio y el 28,6% no mantuvieron su relación de pareja después del embarazo, el 67,9% informó que la relación continuó, y el 3,6% informó que “a veces” estaban juntos (10). Palomar y Gómez en su estudio con jóvenes, el 89,9% era soltera y solo el 6,9% de la muestra estaba casada, también encontraron que existen diferencias estadísticamente significativas en dos factores de la resiliencia, de acuerdo con el estado civil, así, los individuos casados consideran que tienen una mayor fortaleza y confianza en sí mismos [$p=0,041$], en comparación con los solteros, por otra parte, en el grupo de solteros se percibe más apoyo social que en la gente que está casada [$p=0,022$] (41). Por su parte Álvarez y Cáceres encontraron que hubo mayor resiliencia

en los solteros que en los casados y en unión libre [$t=23,15$; $3,33$; $3,39$ respectivamente, $p<0.01$] (44). Quiceno y col. no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de resiliencia en función al estado civil (43).

En este estudio solo 5,2% podría estar siendo víctima de violencia física o sexual durante el embarazo, las víctimas de violencia tenían más presencia de nivel de resiliencia bajo y fue significativo. Monterrosa y col. en gestantes adolescentes cartageneras reportaron que de 406 estudiadas, 7,1% eran violentadas (167). Por su parte Wilson-Mitchell y col. reportan que en embarazadas y madres adolescentes el 20% había experimentado sexo forzado en su vida, y cuando preguntaba si un adulto alguna vez le había tocado de una manera sexual, el 17,9% reportó sí y cuando le preguntaban si habían utilizado el sexo como ayuda económica a la familia, el 10,3% respondieron sí (10). Lam y col. en Lima/Perú, evidenciaron que 26,8% de las gestantes adultas refirió el antecedente de al menos una forma de maltrato (21 sexualmente, 47 físicamente y 152 psicológicamente), además, las gestantes violentadas presentaron una media de la puntuación de la escala de resiliencia menor a las gestantes no violentadas [$129,87$ vs. $136,26$, $p<0.001$] (42).

La mayoría de las gestantes adolescentes manifestaron no consumir cigarrillo [99,6%], alcohol [98,6%] y solo 2 [0,4%] refirieron consumir cigarrillo, 7 [1,4%] alcohol aun durante el embarazo, sin haber diferencia en la frecuencia del nivel de resiliencia baja con respecto al consumo de estas sustancias. En el estudio de Álvarez y col. realizado en adolescentes de secundaria de ambos sexos, el 66,1% [IC95%:62%-70%] consumió alcohol alguna vez en la vida y 32,2% (IC95%:28%-36%) lo hizo en el último año, 30,3% (IC95%:26%-34%) consumió tabaco alguna vez en la vida y 13,6% [IC95%:11%-16%] en el último año, también observaron

que la resiliencia tenía la capacidad de predecir la probabilidad de consumo de alcohol alguna vez en la vida [$\beta=0.008$, $p=0,028$] (38). Por su parte en la ciudad de Morelia/México, Sánchez y col. en adolescentes reportaron que 63,1% [IC 95%:59%-68%] han consumido alcohol alguna vez en la vida, 57,4% [IC 95%:52%-63%] en el último año y 45,8% [IC 95%:38%-53%] en el último mes y 34,7% [IC95%:30%-39%] de los participantes han consumido tabaco alguna vez en la vida, 18,8% [IC95%:15%-22%] en el último año y 13,3% [IC95%:10%-16%] en el último mes, además reportan que la media de la puntuación de la escala de resiliencia es mayor en los que nunca fumaron y tomaron alcohol alguna vez en la vida que en los que sí lo han hecho [$U=18186,000$, $p<0,001$ y $U=21247,500$, $p=0,02$] (39). Wilson-Mitchell y col. cuando preguntaron a embarazadas y madres adolescentes sobre el uso experimental o recreativo de drogas, el 60% de las madres respondieron en forma afirmativa, sin embargo el 81,3% de ellos se detuvo con el diagnóstico de embarazo (10). En el estudio de Ulloque y col. en gestantes adolescentes cartageneras reportaron que solo el 0,2% (una) tenía hábito de cigarrillo aun en embarazo y no se relacionó con el nivel de resiliencia (144).

También la mayoría de las participantes de este estudio no consumen sustancias psicoactivas [99,8%] y solo una [0,2%] la consumía aun en el embarazo, no hubo diferencia significativa en la frecuencia de baja resiliencia entre consumirlas o no. Por el contrario Becoña y col. observaron en adolescentes de ambos sexos que el 34,4% habían consumido *cannabis*, 16,5% éxtasis y 9% cocaína alguna vez en la vida y el 16,5% *cannabis*, 1,1% éxtasis y 2,6% cocaína en los últimos 6 meses, además, en cuanto a la resiliencia y el consumo de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos seis meses obtuvieron diferencias significativas en todas las drogas, excepto en el consumo de *cannabis* alguna vez en la vida, así los

jóvenes que nunca han consumido cocaína o éxtasis, ni *cannabis* en los últimos 6 meses, puntúan más en resiliencia que los jóvenes que sí lo han hecho, $p < 0,05$ (40). En el estudio de Ulloque y col. en gestantes adolescentes cartageneras reportaron que solo el 0,2% (una) tenía hábito de drogas psicoactivas aun en embarazo y no se relacionó con el nivel de resiliencia (144).

La mediana de la escala de felicidad subjetiva fue de 28 puntos en este estudio y la puntuación fue menor en las adolescentes con bajo nivel de resiliencia, siendo estadísticamente significativo. Salgado en su estudio en adolescentes de ambos sexos, reporta relación altamente significativa entre resiliencia y felicidad, donde se observó una dirección directa entre ambos, así a mayor resiliencia mayor felicidad [$Rho = 0,44$, $p < 0,001$] (37).

En este estudio 2,8% presentaban autoestima baja, y en este grupo el nivel de resiliencia bajo fue mayor, siendo ambas diferencias significativas. Álvarez y col. encontraron entre las variables autoestima y resiliencia, correlación positiva significativa [$Rho = 0,34$, $p = 0,00$] (38).

El 75,2% de las gestantes adolescentes estudiadas tenían apoyo de sus amigos y solo 22,2% apoyo de entidades gubernamentales y no gubernamentales, no hubo diferencias significativas entre tener o no apoyo social (amigos y alguna entidad) con respecto a la frecuencia de resiliencia baja. Por el contrario Duckett encontró relación entre mayor soporte de la comunidad con mayor capacidad de resiliencia (31). Stumblingbear-Riddle y col. encontraron una correlación positiva moderada entre el soporte social de amigos y el nivel de resiliencia [$r = 0,48$, $p < 0,01$] (33). De igual forma, Wilson-Mitchell y col. en adolescentes embarazadas de Jamaica, vieron que las que tenían apoyo social tendían a ser más resilientes (10). También, Ribeiro y Gualda en adolescentes

embarazadas brasileñas, reportaron que el apoyo social estimula la resiliencia, permitiéndoles crear expectativas con relación a sus hijos y su futuro (30).

La mediana de edad de los compañeros de las gestantes adolescentes fue de 21 años, 67,3% de las parejas de las participantes eran adultos mayores de 19 años, sin evidenciarse diferencias significativas entre el nivel de resiliencia con relación a la edad y grupo etario del compañero de la gestante. Por su parte Wilson-Mitchell y col. en su estudio encontraron que la mayoría de los compañeros tenían 19 años de edad o más [75,7%] (10). A diferencia de este estudio, el estudio de Salazar y col. en gestantes adolescentes, encontró que el tener una pareja adolescente [OR 2,0 IC95%:1,06-4,0; p 0,03] se relacionó con mayor riesgo de baja resiliencia (5).

Este estudio encontró que 61,5% de los compañeros de las gestantes adolescentes había completado educación media y solo 8,2% educación superior, sin diferencia en la presencia de baja resiliencia de acuerdo al nivel de estudio de la pareja. Lam y col. reportan que 3,4% de las parejas tenían educación de primaria, 52,3% secundaria y 44,4% superior, de igual forma no observaron diferencias significativas en la media de resiliencia de acuerdo al nivel de educación de la pareja (142,05;134,35 y 138,07 respectivamente, $p > 0,05$) (42).

Esta investigación estableció una prevalencia de baja resiliencia en gestantes adolescentes de 12,8%, mucho menor que la encontrada en el estudio de Tenezaca [Chimborazo/Ecuador, 2011-2012] que fue de 40% (168); en el estudio de Majul y col. [Argentina, 2012], en adolescentes fue de 22% (163). Por su parte Brigido y col. [Brasil, 2010], en adolescentes encontraron que el 17,6% de la muestra tenían una puntuación en la escala de

resiliencia por encima de la media [lo que indicaron como mejor resiliencia], el 64,8% las tenía dentro de la media teniendo en cuenta su desviación estándar y el otro 17,6% estaba por debajo de la media [estos últimos tenían menor nivel de resiliencia] (25).

La baja resiliencia en jóvenes lleva a desarrollo sicoafectivo estancado, dificultad para la integración social, apartarse de las instituciones donde están con sus pares, provocando más obstáculos en su desarrollo. Las dificultades que enfrenta una adolescente embarazada si no es capaz de superarlas podría llevarla a problemas de salud y contribuir al incremento de la carga total de discapacidad en la población. La persona resiliente tiene menos conductas de riesgo, mejor sociabilización, afianza más la autoestima, autonomía y desarrolla mayor capacidad para enfrentarse a la vida cotidiana (24,169). Además, están mejor preparadas para tratar con los estímulos estresantes del entorno constantemente cambiantes, también están más abiertas a nuevas experiencias, son más flexibles ante las demandas cambiantes y muestran mayor estabilidad emocional para afrontar situaciones estresantes; la resiliencia permite aprovechar las oportunidades que de otra manera podrían perderse, para actuar con rapidez y eficacia en situaciones de amenaza y de crisis (170).

Los adolescentes que son resilientes pueden estar en mejores condiciones para evitar conductas de riesgo, como la violencia, el consumo de sustancias y el embarazo adolescente, debe encontrar formas de reducir los efectos negativos del estrés en su vida, como hacer ejercicio físico regular y practicar técnicas de relajación (171).

Existen factores que favorecen la resiliencia los cuales pueden actuar independientemente o interactuar, estos son: la adquisición de habilidades para la resolución de problemas relacionados con la maternidad, el desenvolverse en un ambiente familiar y social

favorable, la personalidad determinada por sentimientos de afecto, autonomía, autoestima, flexibilidad, iniciativa, valentía, entre otros (172). Estos factores se pueden dividir en: individuales [alta autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía, control interno, optimismo, fortaleza personal, afrontamiento positivo, resolución de problemas, autonomía, competencia cognitiva, extrovertido], familiares [adulto significativo, límites claros y firmes, apego parental, vínculos afectivos, reconocimientos de esfuerzos y logros], sociales [redes informales de apoyo, grupo de pares, deportes, permanencia en la escuela, convivencia en comunidad] (173).

Se prosiguió a la realización de una regresión logística mediante la cual se identificó seis factores que se asocian significativamente a la presencia de nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescentes.

Así se muestra un papel protector de la espiritualidad en las gestantes adolescentes para la presencia de bajo nivel de resiliencia, dado que las que poseían mayor puntuación en la escala de perspectiva espiritual tenían menos probabilidad de riesgo de presentar baja resiliencia, hallazgos relacionados con lo reportado por Fauziah Mohd Sa'ad y col [Malasia, 2014], quienes demostraron en embarazadas adolescentes de Selangor/Malasia, que la consejería grupal centrada en la persona y la psicología cognitiva Ad-Din son eficaces para aumentar la resiliencia. La psicología cognitiva Ad-Din tiene un componente religioso y espiritual, por lo que la religión y la espiritualidad puede ser un factor para la curación y dar fuerza a las personas que se encuentren en situaciones críticas (174). También, Duckett [South Orange/ EEUU, 2009], en un estudio con embarazadas adolescentes afroamericanas y sus familias, encontró relación entre espiritualidad con mayor capacidad de resiliencia (31).

Por su parte Jaramillo-Vélez en otro tipo de población (mujeres maltratadas) en Medellín/Colombia, encontró que existe correlación positiva entre resiliencia y espiritualidad [$r=0.22$, $p=0.0015$] (28), De igual forma Canaval et al. en Cali/Colombia en mujeres maltratadas, encontraron también una correlación positiva y significativa entre resiliencia y espiritualidad (146), con relación a esto se sabe que las convicciones religiosas positivas y espirituales pueden contribuir a la construcción de un sentido en la vida, es decir a la resiliencia, la relación que se crea por ejemplo entre un cristiano y Dios como su ser supremo y protector, da una confianza total en la vida y en el futuro que se asocia a resiliencia (98).

La espiritualidad hace referencia a los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado. El término “búsqueda” se refiere a intentos de identificar, articular, mantener o transformar. El término “sagrado” se refiere a un ser divino, objeto divino, última realidad o verdad según sea percibida por la persona (97). La espiritualidad motiva y permite la búsqueda de trascendencia, propósito y sentido de vivir, actuando como variable independiente que favorece el desarrollo de la resiliencia (99).

Durante el embarazo la gestante presenta diferentes cambios psicológicos: en el primer trimestre hay cambios del humor, sentimientos contradictorios respecto a la maternidad e incluso cuando el embarazo ha sido planificado, en el segundo trimestre se empieza a soñar con él bebé, se siente más feliz y de mejor ánimo y en el tercer trimestre hay ansiedad ante la llegada del bebé y disminución de sueño (175). En este estudio se observó que las gestantes adolescentes que se encontraban en segundo trimestre tenían menor riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo en comparación con las que estaban en tercer trimestre, siendo el estar en segundo trimestre factor protector para nivel de resiliencia

baja. Se ha definido que el nivel de resiliencia es de carácter dinámico pudiendo serlo en un momento y no en otro y viceversa (62). En el estudio de Ulloque y col. en el 2015 en Cartagena en otra población gestante adolescente se observó que no hubo diferencia significativa de la resiliencia según el trimestre gestacional (144). El 54% de las mujeres presentan ansiedad en algún momento de su embarazo, siendo más prevalente y grave en el primer y tercer trimestre (176). Los resultados de este estudio de menor resiliencia en el tercer trimestre y mayor en el segundo se relacionan con el estudio de Teixeira en el 2009 que si bien evaluó síntomas y tasa de ansiedad en el embarazo encontró que estos eran mayores en el primer y el tercer trimestre y menores en el segundo trimestre (177), lo que puede relacionarse con los hallazgos del presente estudio.

Esta investigación evidenció, un comportamiento protector del familismo ante presentar nivel de resiliencia bajo, observándose que en las gestantes adolescentes a medida que aumentaba la puntuación en la escala de familismo de Bardis disminuía la probabilidad del riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo, resultados relacionados con lo encontrado por Feldman y Pittman [Valle Bajo del Río Bravo en Texas y Estados Unidos, 2008] quienes tenían como objetivo determinar si los factores de riesgo de adolescentes embarazadas menores de 20 años que viven en la región del Valle Bajo del Río Bravo en Texas, son mayores en comparación con los de la población general de los Estados Unidos y del estado de Texas, al finalizar el estudio los autores llaman la atención en que no es cierta la hipótesis de que las adolescentes embarazadas del Valle Bajo del Río Bravo tendrían más factores de riesgo que las otras dos poblaciones, a pesar de tener altas tasa de pobrezas, menos acceso a servicios médicos y más tasa de fertilidad. Los autores abordan estos resultados

desde una perspectiva de la cultura latina, más que solo desde el punto de vista de factores socioeconómico y demográfico y sugieren que este resultado puede estar asociado al sistema de familia latinoamericano [Familismo], indicando que este debe ser tomado en cuenta para entender la resiliencia que se encontró en este estudio como factor que media en los riesgos de embarazo y nacimientos. De esta forma relacionan al familismo con mayor resiliencia en gestantes adolescentes (110). El término familismo se refiere a la identificación y apego de las personas con sus familias, ya sean nucleares o extensas (113).

El estudio de Feldman en adolescentes embarazadas en Miami mostró una asociación entre las que tenían una expectativa de apoyo por parte de las personas cercanas a ella y el apego prenatal y tomar mejores cuidados con el embarazo (166). El familismo se ha incluido como un factor para la resiliencia (178). Este puede proporcionar un apoyo social fuerte lo que lleva a obtener beneficios al pasar por una circunstancia adversa (179).

También Bravo y col. en su estudio muestra como los valores del familismo promueven el ajuste educativo en madres adolescentes mexicanas, mejorando su rendimiento, lo que las lleva a tener un ambiente sano y productivo (116).

Se ha reportado que las latinas tienen una actitud positiva hacia el embarazo y la maternidad, y menos ansiedad, lo que es coherente con los valores del familismo, esta población tiende a mayor apoyo por parte del padre del bebé, y su familia (117,118). Campos et al. encontraron que el familismo se asoció positivamente con el apoyo social y que esta asociación era mayor entre mujeres latinas que en las americanas/europeas, en contraste encontraron que este se asociaba negativamente con la percepción del estrés y ansiedad durante el embarazo. Con respecto a la percepción del estrés fue significativamente más fuerte entre las latinas que en las

americanas/europeas; estos autores concluyen que el familismo puede ser un factor de resiliencia exógena que indirectamente juega un papel en el apoyo social y posiblemente en el estrés y el control de la ansiedad, debido a que ideales culturales que se basan en relaciones positivas hacen que le sea más fácil a las personas buscar, recibir y beneficiarse del apoyo social, lo que ayuda a deshacerse de los efectos del estrés y la ansiedad (119).

Se obtuvo en este estudio, que las gestantes adolescente que pertenecían a una familia disfuncional están asociadas a mayor riesgo de nivel de resiliencia bajo, se observó que el apoyo familiar ocasionaba modificación del efecto [interacción] entre la relación de la funcionalidad familiar y el nivel de resiliencia bajo, de tal forma que hubo aumento significativo en el riesgo de presentar nivel de resiliencia bajo en las gestantes con disfunción familiar y que recibían apoyo familiar y no hubo significancia estadística en esta relación con las que no recibían apoyo familiar. En el estudio de Tenezaca en el caso de las gestantes adolescentes que tuvieron el apoyo de sus padres, la afectación psicológica y el desenvolvimiento socioeducativo fue menor, lo que demuestra que el apoyo familiar es un factor determinante en la adaptación y el equilibrio emocional o en un mayor nivel de resiliencia en las adolescentes (168).

Echeverría, en adolescentes de ambos sexos de sexto grado de una institución en Quito, observo que aquellos que pertenecían a familias disfuncionales tenían nivel de resiliencia medio (180). Palacio y Sánchez en adolescentes de segundo a quinto grado de secundaria, presentaron una correlación lineal estadísticamente significativa entre la disfunción familiar mediado por cohesión y adaptabilidad familiar y el nivel de resiliencia de estos (181). De igual forma Carbajal, Ingaroca, y Yupanqui [2012] (182) también hallaron correlación positiva significativa entre disfunción familiar y el nivel de resiliencia.

La unión de la familia va a asegurar a sus integrantes estabilidad emocional, económica y social. La importancia de la familia radica entre otras cosas en que es un lugar de apoyo emocional ya que se expresa lo que se siente, fomenta o no el autoestima, y es donde se aprende a reaccionar frente a situaciones adversas. Los miembros se encuentran interrelacionados ya que la conducta del uno se verá influenciada en el otro, no será una respuesta lineal (causa-efecto) sino circular, ya que si existe un conflicto entre padre-hijo/ padre-madre se verá afectado todo el sistema, por lo que cada familia desarrollará sus propios mecanismos de afrontamiento, o por lo contrario provocará en sus miembros crisis o trastornos emocionales que afectará esta interrelación. La disfunción familiar repercute en la salud mental de cada uno de sus miembros o de uno de ellos (180).

En cuanto a la felicidad subjetiva, esta investigación, halló su papel protector para la presencia de nivel de resiliencia baja en gestantes adolescentes, en las que a mayor puntuación tenían menor nivel de resiliencia baja, resultados que se relacionan con los documentados por Blake y col. quienes indican que la felicidad es un muy buen predictor de riesgo en mujeres embarazadas (183). La infelicidad en el embarazo puede provocar bajo peso al nacer, influir en el comportamiento de los infantes y provocar deterioro del proceso del desarrollo del infante (183-186). También Gómez–Azcárate y col encontraron que la felicidad fue buena predictora del nivel de resiliencia en adolescentes de ambos sexos mexicanos, en su estudio mostraron que aquellos que tenían mayor felicidad presentaban mayor resiliencia [$Rho= 0,166, p<0,001$] (36) lo mismo fue observado por Salgado (37).

Otro estudio realizado por Ulloque y col. en población gestante adolescente en la ciudad de Cartagena en el 2015, igualmente reportó que había asociación entre la felicidad y la baja resiliencia,

indicando que aquellas que no se sentían felices tenían 2,7 veces más riesgo de presentar nivel de resiliencia baja en comparación que las que si se sentían felices [OR 3,7 [IC9%;1,3-10,3]] (144).

En el estudio de González-Arratia realizado en jóvenes adolescentes de 15 a 19 años, aquellos que tenían alta resiliencia presentaron mayor realización personal y satisfacción con la vida y el total de felicidad, en comparación con el grupo considerado con baja resiliencia. Respecto a la relación entre resiliencia y felicidad, obtuvieron una correlación de Pearson positiva de moderada a débil entre las escalas con una $p \leq 0,05$. Para cada factor de resiliencia hallaron que a mayor factor protector interno, mayor satisfacción y alegría de vivir. El factor protector externo se asocia positivamente con satisfacción y alegría de vivir. El factor empatía, se asocia con las mismas dimensiones, satisfacción y alegría de vivir. El total de resiliencia presentó correlación positiva [$r=0,367$] con el total de la variable felicidad. El análisis de Chi cuadrado indica que los individuos con baja resiliencia presentan muy baja felicidad [$\text{Chi}^2 = 17,19, p \leq 0,002$] (187) dichos hallazgos son coherente con lo encontrado en el presente estudio.

Con relación a la autoestima se pudo ver que tener baja autoestima aumentó el riesgo de presentar nivel de resiliencia baja y que presentar mayores puntuaciones en la escala de autoestima de Rosenberg era protector ante el nivel de resiliencia baja, datos que concuerdan con lo encontrado en otros estudios, así se ha observado que el bajo nivel de autoestima influye negativamente en la resiliencia (33-35,188). Ulloque y col. en gestantes adolescentes encontraron correlación positiva débil entre autoestima y resiliencia [$\rho=0,16; p < 0,001$] (144). Por su parte Morales y González (34) reportaron correlación positiva entre autoestima y resiliencia [$\rho=0,51; p < 0,01$] en jóvenes con edad de $18,5 \pm 0,6$ años. Igual observación encontró Leiva (35) en adolescentes en vulnerabilidad

social [$\rho=0,56$; $p < 0,01$], además indica que por cada punto en la escala de autoestima aumenta en 0,21 puntos en la escala de resiliencia y fue significativo [$\beta=0,21$, $p < 0,01$]. Stumblingbear-Riddle (33) en su estudio con adolescentes de ambos sexos, reportó que hubo una correlación negativa moderada entre autoestima y resiliencia [$r = -0,38$, $p < 0,01$], teniendo en cuenta que las puntuaciones bajas o negativas de autoestima en su estudio eran las que indicaban mayor autoestima, así como Tras (188) en estudiantes universitarios [$\rho=0,41$; $p < 0,01$].

Los factores que se encontraron asociados significativamente a nivel de resiliencia bajo en este estudio, no solo son competencia del sector salud, y más allá de este involucra, a la familia misma, la cultura, educación y políticas de una sociedad por lo que se hace indispensable sensibilizar cada uno de estos sectores ante esta problemática con el fin de tratar de mitigarlos y porque no, desaparecerlos.

Es importante que todo el personal de salud se interese por indagar la presencia de nivel de resiliencia bajo y los factores que se asocian a esta, y así poder brindar apoyo y ayuda desde el sistema de salud en pro de mejorar la salud materno-infantil.

Se hace necesaria la creación e implementación de programas de atención integral que además de la atención médica propia del proceso del embarazo se preocupe por abordar los factores sicosociales que pueden influir en el nivel de resiliencia de la gestante adolescente con el fin de mejorar los resultados materno-infantil tanto biológicos como sicosociales que en última instancia repercutirá en la estructura socioeconómica de la ciudad, región y país.

Este estudio tiene como limitaciones que las asociaciones encontradas no son de tipo causal, sino meramente estadísticas, no se puede establecer una tasa de incidencia del nivel de resiliencia

bajo, dadas sus características de estudio descriptivo transversal, además por el hecho de estudiar casos prevalentes y ser el nivel de resiliencia de carácter dinámico. Los casos de nivel de resiliencia bajo no pueden ser representativos de todos los casos que se han producidos en el tipo de población estudiada, por no usar una población representativa de toda la ciudad de Cartagena que involucre los distintos estratos socioeconómicos, las diferentes etnias, haber utilizado un muestreo no probabilístico para la elección de las adolescentes de tipo consecutivo, que pudo llevar a sesgo de selección, debido a que la muestra puede que no refleje la composición de la población de la cual fue extraída directamente, y así algunos grupos pueden estar sub o sobrerrepresentados, pudiendo ocasionar la falacia de Berkson y esto limita la inferencia de los resultados a la población de referencia, también se pudieron tener sesgos de respuesta, de información como el de cortesía y de memoria.

Esta investigación tiene como fortaleza que permite determinar la frecuencia del nivel de resiliencia bajo, poco estudiado hasta el momento en gestantes adolescentes en la región Caribe colombiana, además, acercarse a medir aspectos difíciles de estimar, como resiliencia, espiritualidad, religiosidad, familismo, autoestima, funcionalidad familiar, felicidad subjetiva, violencia mediante escalas validadas autodiligenciadas por las participantes y tratar de evaluar el mayor grupo de factores que pudieran estar relacionados con la baja resiliencia descritos en la literatura. Al parecer es el primer estudio realizado con el fin de establecer factores asociados a nivel de resiliencia baja en adolescentes embarazadas residentes en el Caribe de Colombia, y permite formular programas de prevención o tratamiento para el nivel de resiliencia bajo.

Este estudio tiene como alcance servir de línea de base para el planteamiento de estudios analíticos, mediante la creación de

hipótesis de causalidad con el fin de determinar asociación causal entre los factores que demostraron ser significativamente influyentes mediante pruebas estadísticas sobre el nivel de resiliencia bajo. Además que se puede utilizar como evidencia para la toma de decisiones, e implementación de estrategias en la atención del control prenatal de las gestantes adolescentes para mejorar el nivel de resiliencia y su calidad de vida.

Capítulo VIII. Conclusiones

La prevalencia del nivel de resiliencia bajo es de 12,8% en las gestantes adolescentes estudiadas, la cual es una prevalencia alta (189). La mediana de edad fue de 17 años tanto en gestantes adolescentes con alta/moderada resiliencia como en las que tenían baja resiliencia.

El porcentaje del nivel de resiliencia bajo fue significativamente mayor en: las gestantes adolescentes negras, las que se encontraban en tercer trimestre, las que tenían patologías en el embarazo, las que no tenían apoyo familiar, las que provenían de familias disfuncionales, las que podrían estar siendo víctimas de violencia en el embarazo y las que tenían autoestima baja.

Las gestantes adolescentes que tuvieron nivel de resiliencia bajo presentaron una menor mediana de puntuación en la escalas de perspectiva espiritual, escala de familismo de Bardis y escala de felicidad subjetiva, que las que tenían nivel de resiliencia alto, siendo significativa esta diferencia. Lo que indica que tener menor espiritualidad, menor características de familismo en las familias de las gestantes y menor felicidad subjetiva se asocia con nivel de resiliencia bajo.

Los posibles factores de riesgo para tener nivel de resiliencia bajo en las gestantes adolescentes estudiadas son: pertenecer a una familia disfuncional y tener nivel de autoestima bajo.

Los posibles factores protectores para nivel de resiliencia bajo son: tener mayor espiritualidad, estar en segundo trimestre de embarazo, tener mayores características de familismo en las familias de la gestante adolescente y tener mayor felicidad.

Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, se sugiere que desde los servicios de salud de los diferentes prestadores públicos y privados, se debe propender por un servicio de control prenatal integral, que no solo se limite a la valoración física del progreso del embarazo y valoración psicológica meramente de la gestante adolescente, sino que estos programas deben interesarse por evaluar el nivel de resiliencia de cada una y los factores de riesgo que puedan tener para mediante intervenciones a las familias, su entorno y oportunidades se puedan limitar estos factores, tener en cuenta el momento del embarazo en que la gestante es más susceptible a niveles de resiliencia bajo, como lo es el tercer trimestre para hacer un acompañamiento más estricto y la identificación de factores protectores para poder fortalecerlos en aquellas que los tienen o estimular su aparición en aquellas que no los tienen, aún más garantizar un seguimiento posterior al parto.

Programas como el de familias fuertes podrían ser una buena estrategia para el manejo de factores de riesgo y protectores en esta población. Cabe resaltar que el compromiso para la implementación de este tipo de programas no solo es del sector salud, debería estar involucrado el sector de la educación, medios de comunicación, sector económico, político entre otros.

A la luz del nuevo modelo de salud propuesto por el MSPS que establece la RIAS para la adolescencia, se encuentra el fundamento para el abordaje integral de la gestante adolescente, un abordaje basado en los determinantes sociales y que busca la valoración de cada adolescente como una persona que se ve afectada no solo por sus características biológicas si no por sus características

psicológicas, sociales, políticas y económicas en medio de la cual vive y resalta que pueden ser el origen de problemas de salud y afectar el adecuado desarrollo del adolescente. Además la RIAS establece la importancia de la valoración y educación en los adolescentes de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales que los afecten para que puedan sobreponerse a ellos y estipula el importante papel que tienen los servicios de salud para esto.

Es importante mencionar que según la RIAS de adolescente para la valoración y educación de estrategias de afrontamiento de sucesos vitales no hay evidencia de guías de práctica clínica, y aun no está en desarrollo esta intervención porque aún no cuentan con referentes técnicos ni operativos para el desarrollo de esta, e indican que no existen herramientas para el seguimiento y evaluación de la intervención. En este sentido el presente trabajo puede servir como uno de los referentes para la creación de guías de práctica clínica en torno a este tema, además que aporta mediante su marco teórico y metodológico diferentes herramientas que pueden enriquecer esta intervención propuesta con este nuevo modelo de salud para que sea viable su implementación a un mediano plazo.

También la RIAS propone la valoración de la dinámica familiar, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitario y la educación para promover tejido social, habilidades sociales y emocionales, lo cual respalda intervenciones en los factores de riesgo y protectores que se identificaron en esta investigación.

Capítulo IX. Resumen

Introducción: Los adolescentes enfrentan cambios biofisiológicos que predisponen a embarazos, suponiendo una experiencia negativa en esta etapa de la vida. El afrontamiento, varía según el nivel de resiliencia y los factores que la determinan. Resiliencia, es la capacidad de superar daños por las adversidades y proyectarse al futuro; su bajo nivel, limita un afrontamiento positivo y el logro de una vida plena.

Objetivo: Establecer los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con análisis de casos y controles. Muestra de 500 gestantes adolescentes. Criterios de inclusión: edad entre 10 y 19 años, cualquier edad gestacional, aceptación de participación por parte del tutor y adolescentes en el estudio. Criterios de exclusión: no desear participar, tener limitación síquica, física o de lectoescritura que les impidiera diligenciar el instrumento. Se utilizó fuente primaria para la recolección de los datos que consta de cuestionarios sobre factores de riesgo: sociodemográficos, ginecobstétricos, familiares, hábitos de consumo de sustancias tóxicas, psicoemocional, apoyo social y del compañero, y las escalas sobre: religiosidad, espiritualidad, familismo, funcionalidad familiar, violencia, felicidad

subjetiva, autoestima y resiliencia. Datos categóricos expresados en frecuencias absolutas y porcentajes con IC95%. Datos continuos en mediana con rango intercuartil. Diferencias de medianas calculadas con Mann Whitney y de porcentajes con Chi Cuadrado. Se estableció asociación con regresión logística obteniéndose OR. Valor de $P < 0,05$ fue significativo. El estudio obtuvo el aval del Comité de Ética de la Universidad de Cartagena y de la Universidad del Norte.

Resultados: Se entrevistaron 503 gestantes adolescentes, incluyéndose 499 para el análisis. 138 (27,7%) [IC%23,8-31,8] con resiliencia alta, 297 (59,5%) [IC95%55,1-63,8] moderada y 64 (12,8%) [IC95%10,1-16,2] baja. Mediana de escala de resiliencia 140(RI18) puntos. Se constituyeron dos grupos: resiliencia alta/moderada y baja, ambos con mediana de edad 17 años. Pertenecer a una familia disfuncional tiene 2,902 veces más riesgo de resiliencia baja [OR ajustado: 3,902 [IC95% 2,052-7,422], $p < 0,001$]. Poseer autoestima baja incrementa 3,257 veces más el riesgo de tenerla, [OR ajustado: 4,257 [IC95% :1,363-13,295], $p = 0,013$]. Por cada punto de más en la escala de perspectiva espiritual hay 0,049 menor riesgo de resiliencia baja [OR ajustado: 0,951 [IC95% :0,927-0,976], $p < 0,001$]; estar en segundo trimestre de embarazo muestra 0,632 menos riesgo que estar en tercer trimestre [OR ajustado: 0,368 [IC95%:0,167-0,809], $p = 0,013$]; por cada punto de más en la escala de familismo de Bardis había 0,079 menos riesgo de presentar resiliencia baja [OR ajustado: 0,921 [IC95%:0,896-0,947], $p < 0,001$]y por cada punto de más en la escala de felicidad subjetiva había 0,081 menos riesgo de tenerla [OR ajustado: 0,919 [IC95%:0,860-0,983], $p = 0,014$].

Conclusiones: Predominaron las gestantes en adolescencia tardía; hubo una alta prevalencia de nivel de resiliencia bajo (12,8%), prevalece en mujeres de raza negra y con patologías

durante el embarazo. Pertenecer a una familia disfuncional y tener nivel de autoestima bajo son posibles factores de riesgo para nivel de resiliencia bajo. Tener mayor espiritualidad, estar en segundo trimestre de embarazo, tener mayor familismo y mayor felicidad subjetiva son posibles factores protectores para nivel de resiliencia bajo.

Palabras claves:

- Resiliencia psicológica;
- Embarazo en adolescencia;
- Factores socioeconómicos;
- Factores desencadenantes;
- Factores de riesgo.

Capítulo X. Anexos

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adolescencia: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la etapa de la vida que comprende a jóvenes de 10 a 19 años.

Embarazo en adolescencia: embarazo que se origina en mujeres menores de 19 años; es entendido como el que se presenta entre los 10 y 19 años de vida.

Factores desencadenantes: causas asociadas a una etapa crucial o decisiva de una enfermedad, accidente, reacción de comportamiento o conducta, u otro tipo de actividad. Generalmente, uno de los factores es siempre más importante o fácilmente reconocible que los otros cuando hay varios involucrados, y uno frecuentemente se considera como “necesario”.

Factores de riesgo: aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición medioambiental, o característica innata o heredada que, basándose en la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud, que interesa prevenir.

Factores socioeconómicos: aspectos sociales y económicos que caracterizan al individuo o al grupo dentro de la estructura social.

Resiliencia psicológica: la capacidad humana para adaptarse ante la tragedia, trauma, adversidad, infortunios, y sobrellevar importante estrés en la vida.

2. ABREVIACIONES

APGAR: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos

CAP: Centro de Atención Permanente

EE.UU.: Estados Unidos

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

ESE: Empresa Social del Estado

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

FENUR: Fundación Educacional Nuevo Retiro

FUM: Fecha de la Última Menstruación

GRD: Gestión del Riesgo de Desastres

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Me: Mediana

MEN: Ministerio de Educación Nacional

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

n: Cantidad de la muestra

N°: Valor absoluto

ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OR: Odds Ratio

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

PB: Plan de Beneficios

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

RET: Protecting Through Education

RI: Rango Intercuartil

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud

SEN: Secretaría de Emergencia Nacional

SFP: Strengthening Families Program

SPS: Escala de Perspectiva Espiritual

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNISDR: Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgos de Desastres

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIO DE CLASIFICACION
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo de vida en años	Cuantitativa, continua	Razón	10, 11,12, 13.....17, 18, 19 años
	Etapa de la adolescencia	Clasificación según la OMS de adolescencia de acuerdo a la edad	Cualitativa	Ordinal	Temprana, tardía
	Procedencia	Lugar de donde proviene	Cualitativa	Nominal	Urbano, rural
	Etnia	Personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación y un territorio.	Cualitativa	Nominal	Negro, indígena, mestizo, blanco, otro.
	Estrato socioeconómico	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida.	Cualitativa	Ordinal	1 Bajo-bajo, 2 Bajo, 3 Medio-bajo, 4 Medio, 5 Medio-alto, 6 Alto.
	Estado civil	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Nominal	Soltera, casada, unión libre.
	Escolaridad	Grados de estudios culminados.	Cualitativa	Ordinal	Preescolar, Básica Primaria (1° a 5°), Básica Secundaria (6° a 9°), Educación Media (10° a 11°), Educación Superior (técnico, tecnólogo y profesional).
	Ocupación	Actividad o trabajo.	Cualitativa	Nominal	Estudia, trabaja, estudia y trabaja, no hace nada.
	Asiste a iglesia	Asistir regularmente y hacer parte de una iglesia	Cualitativa	Nominal	Si, no
	Religiosidad	Los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado. Entendida como el constructo ligado al aspecto institucional.	Cuantitativa, discreta	Razón	1,2,3,4,5 puntos

4. FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Factores asociados a baja resiliencia en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016
Número: ____. Fecha encuesta: _____. Institución de atención: _____.
<p>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</p> <p>Procedencia: Urbano () Rural ().</p> <p>Residencia: _____.</p> <p>Etnia: Mestizo () Negro () Indígena () Blanco () Otro ()</p> <p>Estrato socioeconómico: ____.</p> <p>Edad: _____ Etapa de la adolescencia: Temprana () Tardía ().</p> <p>Estado civil: Soltera () Casada () Unión libre (). Escolaridad: Preescolar () Básica Primaria (1°-5°) () Básica Secundaria (6°-9°) () Educación Media (10°-11°) () Educación Superior (técnico, tecnólogo y profesional) (). Ocupación: Estudia () Trabaja () Estudia y trabaja () No hace nada ().</p> <p>Se congrega en alguna iglesia: Si () No ().</p>
<p>CARACTERÍSTICAS GINECOBSTÉTRICAS</p> <p>Semana de gestación: _____. Trimestre de embarazo: 1ro () 2do () 3ro ().</p> <p>Control prenatal: Si () No (). Trimestre de inicio del control prenatal: 1ro () 2do () 3ro ().</p> <p>Ecografías: Si () No (). Número de ecografías: ____.</p> <p>Embarazo de riesgo: Si () No ().</p> <p>Patología durante el embarazo (amenaza de aborto, trastorno hipertensivo del embarazo, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto prematuro, enfermedades infecciosas que requieran hospitalización): Si () No ().</p>
<p>CARACTERÍSTICAS FAMILIARES</p> <p>Tipo de familia con la que convive o de donde viene: Monoparental () Biparental () No vive o vivió con padres (). Personas con quien convive: Compañero () Padres () Mamá () Papá () Compañero y sus padres () Compañero y otros familiares () Familiares del compañero () Otros familiares () Otras personas o amigas ().</p> <p>Recibe apoyo por parte de la familia: Si () No ().</p> <p>Recibe apoyo del compañero: Si () No ().</p>
<p>HÁBITOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS</p> <p>Consume cigarrillo: Si () No ().</p> <p>Consume alcohol: Si () No ().</p> <p>Consume sustancias psicoactivas: Si () No ().</p>
<p>APOYO SOCIAL</p> <p>Recibe apoyo de sus amigos: Si () No ().</p> <p>Recibe apoyo de entidades gubernamentales/no gubernamentales: Si () No ().</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DEL COMPAÑERO</p> <p>Edad del compañero: ____.</p> <p>Escolaridad del compañero: Preescolar () Básica Primaria (1°-5°) () Básica Secundaria (6°-9°) () Educación Media (10°-11°) () Educación Superior (técnico, tecnólogo y profesional) ().</p>

5. ESCALAS DE EVALUACIÓN

ABUSE ASSESSMENT SCREEN (AAS) (ESCALA DE EVALUACIÓN DE ABUSO) Ponga un círculo a SI o NO y conteste a las demás las preguntas			
1	¿Alguna vez ha sido maltratada física o emocionalmente por su pareja/marido o alguna persona importante para usted?	Si	No
2	¿Durante el último año alguien le ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente de cualquier otra manera? Si ha respondido SI, ponga <u>un círculo</u> en todas aquellas personas que han abusado: Marido/ pareja, ex-marido/ex pareja, amigo, desconocido, otros muchos Número <u>total de veces</u> que han abusado de usted: _____	Si	No
3	Desde que está embarazada, ¿alguien le ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente de cualquier otra manera? Si ha respondido SI, ponga <u>un círculo</u> en todas aquellas personas que han abusado: Marido/ pareja, ex-marido/expareja, amigo, desconocido, otros muchos Número <u>total de veces</u> que han abusado de usted: _____ Partes del cuerpo que han sido lesionadas o agredidas: _____ Clasifique el incidente según la siguiente escala: 1 = Amenaza de abuso, incluyendo el uso de un arma 2.= Bofetadas, empujones, sin lesiones y/o dolor duradero 3= Puñetazos, patadas, golpes, cortes y/o continuar con el dolor 4=Golpes, contusiones severas, quemaduras, huesos rotos 5= Lesiones en la cabeza, internas, y/o lesiones permanentes 6= Uso de armas, herida por arma	Si	No
4	¿Durante el último año ha sido forzada a mantener actividades sexuales? Si ha respondido SI, ponga <u>un círculo</u> en todas aquellas personas que han abusado: Marido/ pareja, ex-marido/ex pareja, amigo, desconocido, otros muchos Número <u>total de veces</u> que han abusado de usted: _____	Si	No
5	¿Tiene miedo de su pareja o de alguna persona enlistada más arriba?	Si	No

ESCALA DE AUTOESTIMA ROSENBERG					
		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1	En general, estoy satisfecho conmigo misma.				
2	A veces pienso que no soy buena en nada.				
3	Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5	Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgullosa.				

Sigue

Continuación

6	A veces me siento realmente inútil.				
7	Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8	Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9	En definitiva, tiendo a pensar que soy una fracasada.				
10	Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				

ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA DE LYUBOMIRSKY & LEPPER	
Califique de 1 a 7 de acuerdo a que tan feliz se siente teniendo en cuenta las siguientes afirmaciones:	
En general, me considero	
Poco feliz _____	Muy feliz _____
En comparación con la mayoría de mis iguales, me considero	
Poco feliz _____	Muy feliz _____
3. Algunas personas son muy felices en general. Disfrutan de la vida independientemente de lo que suceda, sacan el máximo provecho de todo. ¿Hasta qué punto lo describe esta caracterización?	
Poco feliz _____	Muy feliz _____
Por término general, algunas personas no son muy felices. Aunque no se encuentran deprimidas, nunca parecen estar tan felices como podrían. ¿Hasta qué punto lo describe esta caracterización?	
Poco feliz _____	Muy feliz _____

APGAR FAMILIAR					
PREGUNTAS	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					

Sigue

Continuación

¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG								
		Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutro intermedio	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.							
2	La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles.							
3	Soy decidido.							
4	Usualmente manejo los problemas de distintos modos.							
5	Siento que puedo manejar varias cosas a la vez.							
6	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.							
7	Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás.							
8	Usualmente encuentro cosas de que reírme.							
9	En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar.							
10	Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida.							
11	He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes.							

Sigue

Continuación

12	Me basto a mí mismo si lo creo necesario.							
13	A veces yo hago cosas quiera o no.							
14	Mantengo interés por las cosas.							
15	Mi vida tiene sentido							
16	Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer.							
17	Soy autodisciplinado.							
18	Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí.							
19	Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final.							
20	Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación.							
21	Soy amigable conmigo mismo.							
22	Hago las cosas de a una por vez.							
23	Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas.							
24	No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto.							
25	Me siento cómodo si hay gente que no me agrada.							

ESCALA DE FAMILISMO DE BARDIS						
	0 Total desacuerdo	1 Desacuerdo	2 Mas desacuerdo que de acuerdo	3 Más de acuerdo que desacuerdo	4 De acuerdo	5 Total de acuerdo
Los jóvenes de 16 o menos deben dar a sus padres lo que ganan						
Los de menos de 18 años deben obedecer a sus hermanos						
Las necesidades familiares siempre son más importantes que las propias						
Se debe defender a la familia aun a costa de la seguridad personal						
La familia tiene derecho a controlar la conducta de sus miembros						
En todo momento hay que ser leal con la familia						
Se debe esperar que los miembros de una familia tengan las mismas ideas						
Una persona debe ayudar a sus padres siempre que ellos lo necesiten						
Una persona debe ayudar a sus tíos siempre que ellos lo necesiten						
Debe esperarse que al menos un hijo casado viva con sus padres						
Una persona debe ayudar a sus suegro siempre que lo necesiten						
Una persona debe compartir su casa con tíos o primos carnales que lo necesiten						

ESCALA DE RELIGIOSIDAD					
	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo
ORIENTACIÓN INTRÍNSECA					
Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión					

Sigue

Continuación

Me esfuerzo por vivir mi vida acorde a mis creencias religiosas					
He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios					
Mi religión es importante porque me da respuesta a muchas preguntas sobre el sentido de la vida					
Disfruto leyendo sobre mi religión					
Es importante para pasar tiempo pensando y rezando en privado					
ORIENTACIÓN EXTRÍNSECA-SOCIAL					
Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos					
Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco allí					
Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos					
ORIENTACIÓN EXTRÍNSECA-PERSONAL					
Rezo principalmente para conseguir alivio y protección					
Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza					
Rezar es para obtener paz y felicidad					

“ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL” (SPS) PAMELA REED						
	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?						
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?						

Sigue

Continuación

4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?						
	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad						
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria						
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida						
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un "poder mas grande" en momentos importantes de su vida diaria						
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida.						
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.						

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO PARA PADRES Y/O REPRESENTANTES LEGALES

Investigador Principal: Liezel Ulloque Caamaño. (Joven investigador)

Co-investigador: Álvaro Monterrosa Castro. (Docente)

Entidad donde se desarrolla la investigación o patrocinador: Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia (Colciencias) mediante la Resolución N° 299 del 2015. Convocatoria N° 706-2015, "Convocatoria Jóvenes Investigadores e Innovadores. Proyecto ganador en la convocatoria.

Naturaleza y objetivo del estudio: Este estudio en el que participará su hija o representada, es un estudio observacional,

descriptivo, transversal, en el que el investigador no hará ninguna intervención sobre la gestante, solo se encargará de tomar datos en un momento dado y con ellos hará una descripción de cuantas gestantes adolescentes presentan nivel de resiliencia bajo y los factores que puedan estar influenciando en esto. La resiliencia es la capacidad de una persona para sobreponerse de las dificultades de la vida y salir adelante.

Propósito: Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para que su hija o representada, participe en este estudio Factores asociados a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016, que pretende conocer cuáles son los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescente.

Procedimiento: Si usted acepta que su hija o representada participe, a ella se le solicitará responder a una encuesta, donde se indagará por datos sobre el embarazo, conformación familiar, escolaridad, edad, etnia, donde vive, ayuda recibida, algunos datos sobre el compañero como edad, escolaridad. Además, tendrá que responder a unas escalas sobre: violencia, autoestima, felicidad subjetiva, función familiar, religiosidad, espiritualidad y resiliencia, dichos datos se utilizarán únicamente para este estudio, y se tomarán en un solo momento, sin hacer seguimiento a la gestante adolescente.

Riesgos asociados a su participación en el estudio: El estudio ha sido catalogado como “con riesgo mínimo”, según la Resolución 008430 de 1993 de la República de Colombia. Aunque no se hará ninguna intervención, ni recolección de muestras de laboratorio, ni examen físico, la información que se busca obtener en el estudio sobre los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo, a través de la encuesta, identificará aspectos sensitivos que lo puedan afectar mentalmente.

Beneficios de su participación en el estudio: Participar en el estudio no genera un beneficio directo para usted ni para su hija o representada, pero los resultados obtenidos del estudio podrán generar beneficio futuro para muchas personas. Ya que, si usted acepta que su hija o representada participe en el estudio contribuirá a la identificación de situaciones o condiciones que estén relacionados con el nivel de resiliencia bajo; por lo tanto se podrá posteriormente diseñar e implementar programas orientados a mejorarlos, con base en los resultados del estudio.

Voluntariedad: Su participación es voluntaria, no tiene ningún costo. Si usted decide no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación en el estudio, puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

Confidencialidad: Si usted decide que su hija o representada participe, garantizamos que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, el investigador principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos. El nombre de su hija o representada y otra información de identificación no aparecerán en ningún reporte del actual o futuro estudios excepto en este documento

Compartir los resultados: Los resultados de la investigación se compartirán una vez terminado el estudio en publicaciones, revistas, conferencias, etc., pero la información personal permanecerá confidencial, ya que se mostrarán solo datos numéricos y porcentuales.

Conflicto de interés del investigador: El investigador declara no tener ningún conflicto de interés.

Contacto: Si tiene dudas puede comunicarse con el investigador principal Liezel Ulloque Caamaño al teléfono 3205941784, dirección Cartagena, barrio Las Margaritas Mz D Lt 9 y correo electrónico liucax@hotmail.com. O con el director del Grupo de investigación Salud de la Mujer de la Universidad de Cartagena Álvaro Monterrosa Castro al teléfono 3157311275, dirección Cartagena, La Matuna, Edificio City Bank, piso 6 oficina 6ª y correo electrónico www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com.co

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

Autorización: Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.

Para constancia, firmo a los __ días del mes de ____ del año __.

Firma y cédula del responsable de la gestante adolescente

Declaración del investigador:

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste la participación de la gestante adolescente, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. _____

Firma

Fecha (dd/mm/año)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTE MAYOR DE EDAD

Naturaleza y objetivo del estudio: Este estudio en el que participará la gestante adolescente es un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el que el investigador no hará ninguna intervención sobre la gestante, solo se encargará de tomar datos en un momento dado y con ellos hará una descripción de cuantas gestantes adolescentes presentan nivel de resiliencia bajo y los factores que puedan estar influenciando en esto. La resiliencia es la capacidad de una persona para sobreponerse de las dificultades de la vida y salir adelante.

Propósito: Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en este estudio Factores asociados a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes de la ciudad de Cartagena en el año 2016, que pretende conocer cuáles son los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescente.

Procedimiento: Si usted acepta participar se le solicitará responder a una encuesta, donde se indagará por datos sobre el embarazo, conformación familiar, escolaridad, edad, etnia, donde vive, ayuda recibida, algunos datos sobre el compañero como edad, escolaridad. Además, tendrá que responder a unas escalas sobre: violencia, autoestima, felicidad subjetiva, función familiar, religiosidad, espiritualidad y resiliencia, dichos datos se utilizarán únicamente para este estudio, y se tomarán en un solo momento, sin hacerle seguimiento.

Riesgos asociados a su participación en el estudio: El estudio ha sido catalogado como “con riesgo mínimo”, según la Resolución 008430 de 1993 de la República de Colombia. Aunque

no se hará ninguna intervención, ni recolección de muestras de laboratorio, ni examen físico, la información que se busca obtener en el estudio sobre los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo, a través de la encuesta, identificará aspectos sensitivos que lo puedan afectar mentalmente.

Beneficios de su participación en el estudio: Participar en el estudio no genera un beneficio directo para usted, pero los resultados obtenidos del estudio podrán generar beneficio futuro para muchas personas. Ya que, si usted acepta participar en el estudio contribuirá a la identificación de situaciones o condiciones que estén relacionados con el nivel de resiliencia bajo; por lo tanto se podrá posteriormente diseñar e implementar programas orientados a mejorarlos, con base en los resultados del estudio.

Voluntariedad: Su participación es voluntaria, no tiene ningún costo. Si usted decide no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación en el estudio, puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

Confidencialidad: Si usted decide participar, garantizamos que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, el investigador principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos. Su nombre y otra información de identificación no aparecerán en ningún reporte del actual o futuro estudios excepto en este documento

Compartir los resultados: Los resultados de la investigación se compartirán una vez terminado el estudio en publicaciones, revistas, conferencias, etc., pero la información personal permanecerá confidencial, ya que se mostrarán solo datos numéricos y porcentuales.

Conflicto de interés del investigador: El investigador declara no tener ningún conflicto de interés.

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

Autorización: Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.

Para constancia, firmo a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma y cédula de la gestante adolescente

Declaración del investigador:

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador _____

Firma _____

Fecha (dd/mm/año) _____

INFORMACIÓN PARA MENORES DE EDAD, ASENTIMIENTO

Introducción: Soy médica y también investigadora, y estoy desarrollando un trabajo de investigación en embarazadas adolescentes entre 10 y 19 años, para ver en ellas que factores

(características) pueden estar influenciando en tener un nivel de resiliencia bajo y para poder realizarlo se te está pidiendo tu ayuda en participar de este estudio. La resiliencia es la capacidad de una persona para sobreponerse de las dificultades de la vida y salir adelante.

Explicación: Mi nombre es Liezel Ulloque Caamaño y mi trabajo consiste en investigar qué factores (características) pueden estar influenciando en tener un nivel resiliencia bajo en las gestantes adolescente. Queremos saber si con esta investigación se les ayudará más adelante a controlar esos factores y mejorar la resiliencia. Le voy a dar información e invitarle a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir participar o no. Hemos discutido esta investigación con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, tus padres/apoderado también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tienes porque hacerlo, aún cuando tus padres lo hayan aceptado. Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no, después de haberlo discutido. No tienes que decidirlo inmediatamente. Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

Objetivo: ¿Por qué se está haciendo esta investigación? Queremos saber cuáles factores (elementos, causas) pueden relacionarse con que las mujeres gestantes adolescentes tengan un nivel de resiliencia bajo, para que esto pueda servir como punto de partida a otras investigaciones y para crear estrategias que permitan quitar o mejorar esos factores que influyen en que una mujer tenga baja resiliencia.

Elección de participantes: ¿Por qué me pide a mí? Estamos haciéndole unas preguntas sobre el embarazo, conformación familiar, escolaridad, edad, etnia, donde vives, ayuda recibida, algunos datos sobre el compañero como edad, escolaridad, escalas sobre, violencia, autoestima, felicidad subjetiva, función familiar, religiosidad, espiritualidad y resiliencia a mujeres adolescentes entre 10 y 19 años embarazadas que acuden a esta institución.

La participación es voluntaria: ¿Tengo qué hacer esto? No tienes por que participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión si decides participar o no en la investigación, está bien y no cambiará nada. Incluso si dices que “sí” ahora, puedes cambiar de idea más tarde y estará bien, no pasará nada.

Procedimientos ¿Qué me va a suceder? Si decides participar, te aplicaremos una encuesta las primeras preguntas se te harán y las escalas las tendrás que leer e ir respondiendo con una X, una vez terminada la encuesta no se te contactará más, ni se te hará seguimiento.

Riesgos: ¿Es esto malo o peligroso para mí? Con la participación en esta investigación no tendrás ningún riesgo físico, algunas preguntas pueden tocar temas personales, íntimos y de tu personalidad y conducta, que en el momento podrían incomodarte, por tal motivo esas preguntas serán autoaplicadas (tu leerás la pregunta y la responderás sola) y nadie sabrá de esa información.

Molestias: ¿Dolerá? No sentirás ningún dolor.

Beneficios: ¿Hay algo bueno que vaya a ocurrirme? El estudio no te dará ningún beneficio directo a ti, pero esta investigación podría ayudar a identificar factores que afecten la resiliencia y más adelante crear estrategias para mejorarlas. Y así podrías estar ayudando a otras futuras embarazadas adolescentes.

Incentivos: ¿Obtengo algo por participar en la investigación? Por la participación en la investigación no recibirás dinero. Si al final de la investigación se identifica que tienes nivel de resiliencia bajo se te solicitará una valoración por salud mental de la institución en la que te encuentras siendo atendida.

Confidencialidad: ¿Van a saber todos acerca de esto? No diremos a otras personas que estás en esta investigación y no compartiremos información sobre ti a nadie que no trabaje en el estudio de investigación. La información recogida por la investigación será retirada y solo los investigadores podrán verla. Cualquier información sobre ti tendrá un número en vez de tu nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se guardará la información.

Compensación: ¿Qué pasa si resultado dañado? Si se identifica que tienes nivel de resiliencia bajo se te informará y se te redireccionará hacia el servicio de salud mental de la institución donde te atienden.

Compartir los resultados: ¿Me informarán de los resultados? Cuando finalicemos la investigación, se les informará a todas las participantes lo que hemos aprendido. También le daré un informe con los resultados. Después, informaremos a más gente, a científicos y a otros, sobre la investigación y lo que hemos averiguado. Lo haremos escribiendo, compartiendo informes y en encuentros con personas interesadas en nuestro trabajo.

Derecho a negarse o a retirarse de la investigación. ¿Puedo elegir no participar en la investigación? ¿Puedo cambiar de idea? No es obligatorio que participes en esta investigación. Nadie se enfadará o molestará contigo si dices que no. Eres libre de tomar la decisión. Puedes pensar en ello y

responder más tarde si quieres. Puedes decir “sí” ahora y cambiar de idea más tarde y también estará bien.

Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que la examinen si quieres.

Entiendo que la investigación quiere saber cuáles son los factores que pueden estar ocasionando un nivel de resiliencia bajo en gestantes adolescentes, y entiendo que para eso debo responder a unas preguntas y autoresponder unas escalas.

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación”

Solo si el niño/a asiente:

Nombre del niño/a _____

Firma del niño/a: _____

Y huella dactilar del niño/menor (si no sabe escribir):

Fecha (Día/mes/año): _____

O “Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentimiento”. _____(iniciales del niño/menor)

_____ Día/mes/año

Copia dada al participante _____ (iniciales del investigador/ asistente)

El padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado _Si _No (iniciales del investigador/asistente)

Declaración del investigador Yo certifico que le he explicado al menor de edad la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que él o ella entienden en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que el menor de edad ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del asentimiento. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. _____

Firma _____ Fecha (dd/mm/año) _____

7. LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 2 Características ginecobstétricas de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 3 Características familiares de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 4 Hábitos de consumo de sustancias tóxicas de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 5 Estado psicoemocional de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 6 Apoyo social de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 7 Características del compañero de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 8 Nivel de resiliencia según características sociodemográficas de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 9 Nivel de resiliencia según características ginecobstétricas de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 10 Nivel de resiliencia según características familiares de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 11 Nivel de resiliencia según hábitos de consumo de sustancias tóxicas de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 12 Nivel de resiliencia según estado sicoemocional de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 13 Nivel de resiliencia según apoyo social de las gestantes adolescentes del estudio

Tabla 14 Nivel de resiliencia según características de compañero de las gestantes adolescentes

Tabla 15 Asociación entre baja resiliencia y factores de riesgo en las gestantes adolescentes

Tabla 16 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable etnia y nivel de resiliencia bajo

Tabla 17 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable puntuación total de la escala de perspectiva espiritual y nivel de resiliencia bajo

Tabla 18 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable trimestre de embarazo y nivel de resiliencia bajo

Tabla 19 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable patologías en el embarazo y nivel de resiliencia bajo

Tabla 20 Evaluación de la presencia de interacción entre la puntuación total de la escala de familismo de Bardis y nivel de resiliencia bajo

Tabla 21 Evaluación de la presencia de interacción entre apoyo familiar y nivel de resiliencia bajo

Tabla 22 Evaluación de la presencia de interacción entre funcionalidad familiar y nivel de resiliencia bajo

Tabla 23 Evaluación de la presencia de interacción entre violencia en el embarazo y nivel de resiliencia bajo

Tabla 24 Evaluación de la presencia de interacción entre puntuación total de escala de felicidad subjetiva y nivel de resiliencia bajo

Tabla 25 Evaluación de la presencia de interacción entre la variable nivel de autoestima y nivel de resiliencia bajo

Tabla 26 Asociación entre baja resiliencia y apoyo familiar según funcionalidad familiar

Tabla 27 Asociación entre baja resiliencia y funcionalidad familiar según apoyo familiar

Tabla 28 Asociación entre baja resiliencia y factores de riesgo en las gestantes adolescentes

Tabla 29 Prueba de normalidad para variables cuantitativas en el total de las gestantes adolescentes

Tabla 30 Prueba de normalidad para variables cuantitativas en las gestantes adolescentes con alta/moderada resiliencia

Tabla 31 Prueba de normalidad para variables cuantitativas en las gestantes adolescentes con baja resiliencia

8. LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Nivel de resiliencia de las gestantes adolescentes del estudio

Gráfica 2 Distribución de la variable edad en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 3 Distribución de la variable semana gestacional en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 4 Distribución de la variable número de ecografías en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 5 Distribución de la variable edad del compañero en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 6 Distribución de la variable puntuación total escala de autoestima de Rosenberg en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 7 Distribución de la variable puntuación total de la escala de felicidad subjetiva en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 8 Distribución de la variable puntuación total de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 9 Distribución de la variable puntuación total de la escala de familismo de Bardis en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 10 Distribución de la variable puntuación total de la escala de religiosidad "age universal" i-e-12 en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 11 Distribución de la variable puntuación total de la escala de perspectiva espiritual (sps) en el total de las gestantes adolescentes

Gráfica 12 Distribución de la variable edad en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 13 Distribución de la variable semana gestacional en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 14 Distribución de la variable número de ecografías en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 15 Distribución de la variable edad del compañero en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 16 Distribución de la variable puntuación total escala de autoestima de Rosenberg en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 17 Distribución de la variable puntuación total de la escala de felicidad subjetiva en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 18 Distribución de la variable puntuación total de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 19 Distribución de la variable puntuación total de la escala de familismo de Bardis en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 20 Distribución de la variable puntuación total de la escala de religiosidad age universal i-e-12 en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 21 Distribución de la variable puntuación total de la escala de perspectiva espiritual (sps) en gestantes adolescentes con nivel resiliencia alta/moderada

Gráfica 22 Distribución de la variable edad en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

Gráfica 23 Distribución de la variable semana gestacional en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

Gráfica 24 Distribución de la variable número de ecografías en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

Gráfica 25 Distribución de la variable edad del compañero en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

Gráfica 26 Distribución de la variable puntuación total escala de autoestima de Rosenberg en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

Gráfica 27 Distribución de la variable puntuación total de la escala de felicidad subjetiva en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

Gráfica 28 Distribución de la variable puntuación total de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

Gráfica 29 Distribución de la variable puntuación total de la escala de familismo de Bardis en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

Gráfica 30 Distribución de la variable puntuación total de la escala de religiosidad ““age universal”” i-e-12 en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

Gráfica 31 Distribución de la variable puntuación total de la escala de perspectiva espiritual (sps) en gestantes adolescentes con nivel de resiliencia bajo

9. AGRADECIMIENTOS

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, agradece a la Maestría de Epidemiología de la Universidad del Norte, que admitió a la médica e investigadora de este grupo de investigación, Liezel Ulloque Caamaño para realizar estudios de maestría. La Doctora presentó el proyecto con el cual fue galardonada en dos ocasiones como joven investigadora de Colciencias. El proyecto fue consolidado, y enriquecido a medida que realizó sus estudios de maestría y

dio origen a su tesis de grado. El proyecto recibió financiación por Colciencias y por la Universidad de Cartagena. Este libro recoge aspectos centrales y resultados globales de la investigación. Varios subproductos se estarán publicando en años venideros a medida que nuevos subanálisis sean realizados. El grupo de investigación Salud de la Mujer expresa públicamente su agradecimiento a los profesores de la Universidad del Norte: Mariela Borda Pérez y Édgar Navarro Lechuga, quienes en calidad de asesores acompañaron la realización de la tesis de grado de la cual se desprende el presente libro de investigación que cierra una etapa en el proceso de crecimiento de la hoy médica Liezel Ulloque Caamaño, quien ingresó al semillero FEM-SALUD del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, cuando era estudiante de pregrado.

Agradecimiento a las encuestadoras del Grupo de Investigación Salud de la Mujer y estudiantes de medicina de pregrado, que contribuyeron a la fase de trabajo de campo. A las digitadoras del grupo que contribuyeron a la creación de la base de datos. A la Universidad de Cartagena, que entregó recursos de diferente índole por medio de los planes de fortalecimiento en los años 2015-2016, que se invirtieron en la línea de investigación Gestación y en el proyecto de investigación desde el cual surge el presente libro de investigación aplicada.

Capítulo XI. Referencias bibliográficas

1. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades. Nueva York, EEUU: Prographics, Inc.; 2011.
2. Vinaccia S, Quiceno J, Moreno E. Resiliencia en adolescentes. Rev. Colomb. Psicol. 2007(16):139-46.
3. Cauce A, Cruz R, Corona M, Conger R. The face of the future: risk and resilience in minority youth. Nebr Symp Motiv. 2011;57:13-32.
4. Braine T. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. Bull World Health Organ. 2009;87(6):410-1.
5. Salazar D, Arroyo D, Hidalgo L, Pérez F, Chedraui P. Depressive symptoms and resilience among pregnant adolescents: A case-control study. Obstet Gynecol Int. 2010;2010:1-7. doi: 10.1155/2010/952493
6. OMS. El embarazo en la adolescencia. 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
7. CDC. National center for health statistics data brief. Continued declines in teen births in the united states, 2015 [Internet]. 2016 [cited 2017 11 de Febrero]; (259):[1-8 pp.]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db259.pdf>.
8. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Fecundidad de adolescentes [Internet]. 2010:[114-6 pp.]. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>.
9. OMS. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Sexual and reproductive health [Internet]. 2016:[68-9 pp.]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/.

10. Wilson-Mitchell K, Bennett J, Stennett R. Psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in Jamaica. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(5):4729-44. doi: 10.3390/ijerph110504729
11. Vescovi G, Pereira M, Levandowski D. Protective factors in the experience of pregnancy and motherhood among brazilian adolescents living with hiv: A case-series report. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014;25(6):541-54. doi: 10.1016/j.jana.2014.02.005
12. MINSALUD. Análisis de la línea base del Observatorio de Embarazo Adolescente en Colombia. Bogotá 2013. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONIEA_003_Informe_Linea%20Base%20ONIEA_02_08_2013.pdf.
13. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Fecundidad adolescente [Internet]. 2015:[40-2 pp.]. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>.
14. Arrieta H, Ramos E, Murillo M, Mercado K, Silgado O, Velásquez K, et al. Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. Febrero a junio de 2010. *Rev.cienc.biomed*. 2010;1(2):162-7.
15. DADIS. Análisis de la situación de salud con el modelo de determinantes sociales de salud del distrito de Cartagena de Indias 2015. Priorización de los efectos de salud [Internet]. 2016:[168-70 pp.]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015-cartagena.pdf>.
16. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*. 2005; 31(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2005000200003&script=sci_arttext.
17. Huanco D, Ticona MR, Ticona MV, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2012;77(2):122-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200008>
18. Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped. Elec* 2008;5(1):42-51.
19. Tas Demir S, Balci E, Günay O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Ups J Med Sci*. 2010;115:275-81. doi: 10.3109/03009731003628724

20. Makara-Studzińska M, Moryłowska-Topolska J, Sygit K, Sygit M, Goździewska M. Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2013;20(1):195-202.
21. Kaye D. Negotiating the transition from adolescence to mother hood: Coping with prenatal and parenting stress in teenage mothers in Mulago hospital, Uganda. *BMC Public Health*. 2008;8:83. doi: 10.1186/1471-2458-8-83
22. Ali M, Dwyer D, Vanner E, Lopez A. Adolescent propensity to engage in health risky behaviors: The role of individual resilience. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;7(5):2161–76.
23. Cortés J. La resiliencia: Una mirada desde la enfermería. *Cienc. enferm*. 2010;XVI(3):27-32. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300004>
24. Pasqualini D, Llorens A. Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. 1ra ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS-; 2010. 680 p.
25. Brigido K, Rodrigues M, Martoni N, Silva A, Vinícius D. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio. *Advances in Health Psychology*. 2010;18(1-2):79-90.
26. Rua M, Andreu J. Validación psicométrica de las escalas de resiliencia (RS) en una muestra de adolescente portugués. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2011;11:51-65.
27. Morales M, Díaz D. Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. *Uaricha Revista de Psicología*. 2011;8(17):62-77.
28. Jaramillo-Vélez D, Ospina-Muñoz D, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Rev. Salud Pública*. 2005;7(3):281-92.
29. Smith C, Denton M. Soul searching: The religious and spiritual lives of American teenagers. New York: Oxford University Press; 2005. 368 p.
30. Ribeiro P, Gualda D. Gestação na adolescência: a construção do processo saúde-resiliência. *Esc Anna Nery*. 2011;15(2):361-71.
31. Duckett R. Black adolescent mothers and their families: A phenomenological study of resilience. South Orange/ EEUU: Seton Hall University; 2009.

32. Boukydis Z. Ultrasound consultation to reduce risk and increase resilience in pregnancy. *Ann NY Acad Sci.* 2006;1094:268–71.
33. Stumblingbear-Riddle G, Romans J. Resilience among urban American Indian adolescents: exploration into the role of culture, self-esteem, subjective well-being, and social support. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res.* 2012;19(2):1-19. doi: 10.5820/aian.1902.2012.1
34. Morales M, González A. Resiliencia-autoestima-bienestar psicológico y capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estud. pedagóg.* 2014;40(1):215-28. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000100013>
35. Leiva L, Pineda M, Encina Y. Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología.* 2013;22(2):1, 11-23. doi: 10.5354/0719-0581.2013.30859
36. Gómez–Azcárate E, Vera A, Ávila M, Musitu G, Vega E, Dorantes G. Resiliencia y felicidad de adolescentes frente a la marginación urbana en México. *Psicodebate.* 2014 14(1):45-68.
37. Salgado A. Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liber.* 2009;15(2):133-41.
38. Álvarez-Aguirre A, Alonso-Castillo M, Guidorizzi A. Factores predictivos del uso de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(6):1056-62. doi: 10.1590/0104-1169.3570.2516
39. Sánchez-Perales M, Álvarez-Aguirre A, Mendoza-Ayala M, Hernández-Castañón M, Bañuelos-Barrera Y, Rocha-Rodríguez M. Resiliencia y consumo de drogas lícitas en adolescentes estudiantes de la ciudad de Morelia. *Ciencia@UAQ.* 2013;6(2):1-8.
40. Becoña E. Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones.* 2007;19(1):89-101. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.326>
41. Palomar J, Gómez N. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria.* 2010;27(1):7-22.
42. Lam N, Contreras H, Cuesta F, Mori E, Cordori J, Carrillo N. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Rev. Peru. Epidemiol.* 2008;12(3):1-8.
43. Quiceno J, Vinaccia S. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe.* 2012;29(1):87-104.

44. Álvarez L, Cáceres L. Resiliencia, rendimiento académico y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología Iberoamericana*. 2010;18(2):37-46.
45. FAO. Informe temático: Resiliencia 2014:[3 p.]. Available from: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/post-2015/14_themes_Issue_Papers/SP/4._Resiliencia.pdf.
46. UNISDR. Cómo desarrollar ciudades más resilientes: Un manual para líderes de los gobiernos locales. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de Naciones Unidas.2012:[100 p.].
47. Peralta H. La gestión del riesgo de desastres como política de desarrollo en Colombia post-Hyogo 2015. 2015 [cited 2015 26 Junio]. Available from: <http://ciudadesresilientescol.blogspot.com/2015/03/la-gestion-del-riesgo-de-desastres-como.html>.
48. Congreso de Colombia. Ley 1523 de 2012 [cited 2015 26 junio]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=47141>.
49. UNICEF, RET. Acciones para la resiliencia de la niñez y la juventud. Guía para gobierno. Panamá 2013. [cited 2017 11 Noviembre]. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/Guia_gobiernos_acciones_resiliencia_ninez_juventud_SP.pdf.
50. PNUD. Estrategia del PNUD para la Juventud 2014-2017. Juventud empoderada, futuro sostenible. Nueva York 2014. [cited 2017 11 Noviembre]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/democratic-governance/youthstrategy.html>.
51. Ministerio de Protección Social. Guía de atención en salud mental en emergencia y desastre. Bogotá. 2011. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%C3%BAblica/Ola%20invernal/gu%C3%ADa%20salud%20mental15%20julio%20-.pdf>.
52. Leal M, Barragán C, Salazar T, Shanchez H, Muñoz C. Yo soy. Cartilla de identidad, duelo y resiliencia. 2 ed. 2007. 42 p. [cited 2017 11 Noviembre]. Available from: <http://repository.oim.org.co/handle/20.500.11788/998>.
53. ICBF, MEN, OIM. Promoción de la resiliencia familiar, Manual de Agentes Educativos. Bogotá. 2009.
54. FENUR. Embarazo adolescente resiliencia paternal para calidad de vida: Nexso; [cited 2017 7 de Mayo]. Available from: <https://www.nexso.org/SolProfile/si/0ede3cc5-866f-4716-ac32-d49511143fb2>.

55. DEVIDA. Programa familias fuertes: Amor y límites. 2014 [cited 2017 5 de noviembre]. Available from: <http://www.devida.gob.pe/seccion/servicios/familias-fuertes-amor-y-limites/>.
56. UNODC. Ministerios de Justicia y de Salud, UNODC y OPS abren convocatoria para entrenadores del programa 'familias fuertes: Amor y límites' 2017 [cited 2017 5 de noviembre]. Available from: <https://www.unodc.org/colombia/es/press/2017/Mayo/convocatoria-familias-fuertes-2017.html>.
57. OPS. Manual familias fuertes 2009 [cited 2017 5 de mayo]. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Manual%20Familias%20Fuertes%20Guia%20para%20el%20Facilitador.pdf>.
- 58 UNODC. Programa "familias fuertes": Prevención del consumo de drogas; el VIH/SIDA; y la delincuencia entre los jóvenes a través de programas de aptitudes de familia en países de bajos y medianos ingresos. 2015 [cited 2017 5 de noviembre]. Available from: <https://www.unodc.org/ropan/es/DrugDemandReduction/strong-families.html>.
59. MSPS. Política de atención integral en salud. Bogotá.2016 [cited 2017 4 de Noviembre]. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/modelo-pais-2016.pdf>.
60. MSPS. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Bogota.2016 [cited 2017 4 de noviembre]. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Manual-metodologico-rias.pdf>.
61. MSPS. Rutas integrales de atención en salud (RIAS) 2016 [cited 2017 4 de noviembre]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>.
62. Cortés J, Flórez P, Gómez C, Reyes K, Romero L. Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Cienc. enferm.* 2012;XVIII(3):73-81. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300008>
63. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The International Resilience Project., Bernard Van Leer Foundation. La Haya, Holanda.1995. [cited 2017 11 de Noviembre]. Available from: <https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>.
64. García-Díaz MJ, DiNapoli JM, García-Ona L, Jakubowski R, O'Flaherty D. Concept analysis: resilience. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013;27(6):264-70. doi: 10.1016/j.apnu.2013.07.003

65. Sierra C. Propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales en los colegios, Institución Educativa Empresarial y Agroindustrial los Andes 'INSEANDES'', Institución Educativa Silvestre Arenas, Colegio Técnico en Administración Microempresarial Ciudad del Sol mediante habilidades para la vida. Boyacá: Universidad Nacional Abierta y Distancia UNAD; 2014.
66. MSPBS, OPS, UNFPA, Viva Paraguay. Adolescencia, Manual clínico. Asunción-Paraguay. 2012. Available from: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253.
67. Diccionario de la RAE. Edad [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
68. OMS. Salud de los adolescentes. Available from: [http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/]. 2015 [cited 2015 18 de enero].
69. OPS. Manual de medicina de la adolescencia. Washington 1992. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Manual%20de%20medicina%20de%20la%20adolescencia.pdf>.
70. González-Arratia N, Valdez J. Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. Acta de Investigación Psicol. 2013;3(1):941-55.
71. Saavedra-Guajardo E, Villalta-Paaucar M. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. Liberabit. 2008;14:31-40.
72. Grotberg E. ¿Qué entendemos por resiliencia?, ¿cómo promoverla?, ¿cómo utilizarla? In: Grotberg E, editor. La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 17-57.
73. OMPI. Las indicaciones geográficas Ginebra. Available from: http://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/geographical/952/wipo_pub_952.pdf.
74. Diccionario de la RAE. Procedencia 2016 [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=UEfuBID>.
75. García-Vesga M, Domínguez-de la Ossa E. Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. Rev.latioam.cienc.soc.niñez juv. 2013;11(1):63-77. doi:10.11600/1692715x.1113300812

76. Diccionario de la RAE. Etnia 2016 [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/?w=etnias&origen=REDLE>.
77. DANE. Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica 2007. Available from: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf.
78. García A, Saura J. El concepto de 'etnia' y sus trampas. *Comunicación e Ciudadanía*. 2008;6: 1-18.
79. Wikipedia. Etnografía de Colombia 2016 [cited 2016 19 de mayo]. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Etnograf%C3%ADa_de_Colombia.
80. Genero N. Culture, resiliency, and mutual psychological. In: McCubbin H, Thompson E, Thompson A, Futrell J, editors. *Resiliency in African-American Families*. 3. Hoisand Oaks: SAGE; 1998. p. 31-48.
81. Hines P. The family life cycle of African American families living in poverty. In: Carter B, McGoldrick M, editors. *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives*. Boston: Allyn & Bacon; 2005. p. 327-45.
82. Franklin D, James A. *Ensuring inequality: The structural transformation of the African-American family*. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2015.
83. EEP. Glosario, Estrato socioeconómico [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://www.eep.com.co/index.php/informacion-al-ciudadano/datos-de-interes/glosario?showall=&start=4>.
84. DANE. Preguntas frecuentes [cited 2016 27 de marzo]. Available from: http://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf.
85. DANE. Estratificación socioeconómica [cited 2016 27 de marzo]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estratificacion-socioeconomica/generalidades>.
86. Mina L. Estratificación socioeconómica como instrumento de focalización. *Economía y Desarrollo*. 2004;3(1):53-67.
87. Diccionario de la RAE. Estado civil [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=GjqhajH>.
88. Registraduría. Preguntas frecuentes [cited 2016 29 de marzo]. Available from: http://www.registraduria.gov.co/Informacion/preg_frec.htm.

89. Ley 979 de 2005 [cited 2016 29 de marzo]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30898>.
90. Sentencia C-034/99 [cited 2016 29 de marzo]. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1999/C-034-99.htm>.
91. González A. Atributos de la personalidad. Del estado civil. In: González A, editor. Introducción al derecho. Séptima ed. Bogotá: Ediciones Librería del Profesional; 2000. p. 205.
92. Mayordomo T. Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital. Valencia: Universidad de Valencia; 2013.
93. Fahad A, Sandman M. Evaluation resiliency patterns using the ER89: A case study form Kuwait. *Social Behavior and Personality*. 2000;28(5):505-14. doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.5.505>
94. Diccionario. Escolaridad [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad>.
95. Villalta M. Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social. *Rev. Ped*. 2010;31(88):159-88.
96. Diccionario de la RAE. Ocupación 2016 [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>.
97. Reyes-Estrada M, Rivera-Segarra E, Ramos-Pibernus A, Rosario-Hernández E, Rivera-Medina C. Desarrollo y validación de una escala para medir religiosidad en una muestra de adultos en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2014;25(2):226 – 42.
98. Vanistendael S. Resiliencia y espiritualidad. El realismo de la fe. 11 ed. Ginebra: Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE); 2003. 48 p.
99. Rodríguez M, Fernández M, Pérez M, Noriega R. Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2011;11(2):24-49.
100. Wikipedia. Edad gestacional 2016 [cited 2016 19 de mayo]. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Edad_gestacional.
101. OWH. Embarazo [cited 2016 19 de mayo]. Available from: <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/etapas-del-embarazo.html>.

102. Paredes A, Lattus J. Edad de gestación o edad gestacional. *Rev. Obstet. Ginecol.* 2013;8(2):88-93.

103. Cancino E, León H, Otálora R, Pérez E, Sarmiento R, Yates A. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Bogotá. 2013. [cited 2016 19 de mayo] Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>

104. FECOPEN. Embarazo de alto riesgo [cited 2016 19 de mayo]. Available from: http://www.fecopen.org/images/Embarazo_de_Alto_Riesgo.pdf.

105. Alonso E. Comportamiento de los factores de riesgo en el parto prétermo. Argentina: Universidad de Matanza; 2011.

106. Herrera J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colomb Med.* 2002;33(1):21-5.

107. Kramer M, Goulet L, Lydon J, Séguin L, McNamara H, Dassa C, et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15:104-23.

108. Falicov C. Latino families in therapy: A guide to multicultural practice. 1ra ed. New York: Guilford Press; 1998. 303 p.

109. Raffaelli M, Ontai L. 'She's 16 years old and there's boys calling over to the house': an exploratory study of sexual socialization in Latino families. *Culture, health & sexuality.* 2001;3(3):295-310. doi: 10.1080/13691050152484722

110. Feldman J, Pittman S. Adolescent pregnancy along the Texas-Mexico border: a systematic analysis of risk and resiliency in a Mexican American population. *Perspectivas sociales= Social Perspectives.* 2008;10(1):29-52.

111. Frisbie W, Forbes D, Hummer R. Hispanic pregnancy outcomes: additional evidence. *Social Science Quarterly.* 1998;79(1):149-69.

112. Padilla Y, Boardman J, Hummer R, Espitia M. Is the mexican american "epidemiologic paradox" advantage at birth maintained through early childhood? *Social Forces.* 2002;80(3):1101-23. doi: <https://doi.org/10.1353/sof.2002.0014>

113. Rodríguez N, Mira C, Paez N, Myers H. Exploring the Complexities of Familism and Acculturation: Central Constructs for People of Mexican Origin. *Am J Community Psychol.* 2007;39:61-77. doi: 10.1007/s10464-007-9090-7

114. Ayon C, Marsiglia F, Bermudez-Parsai M. Latino family mental health: exploring the role of discrimination and familismo. *J Community Psychol*. 2010;38(6):742-56. doi: 10.1002/jcop.20392
115. Losada A, Robinson S, Knight B, Márquez M, Montorio I, Izal M, et al. Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging Ment Health*. 2006;10(1):69-76. doi: 10.1080/13607860500307647
116. Bravo D, Umaña A, Guimond A, Updegraff K, Jahromi L. Familism, family ethnic socialization, and mexican-origin adolescent mothers' educational adjustment. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2014;20(3):389-400. doi: 10.1037/a0036527
117. Engle P, Scrimshaw S, Zambrana R, Dunkel C. Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Health Psychol*. 1990;9(3):285-99.
118. Zambrana R, Dunkel-Schetter C, Collins N, Scrimshaw S. Mediators of ethnic-associated differences in infant birth weight. *J Urban Health*. 1999;76(1):102-16. doi: 10.1007/BF02344465
119. Campos B, Schetter C, Abdou C, Hobel C, Glynn L, Sandman C. Familialism, social support, and stress: positive implications for pregnant Latinas. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2008;14(2):155-62. doi: 10.1037/1099-9809.14.2.155
120. Hernández R, González M. Apoyo social, estrés y autoestima en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Summa psicológica ust*. 2011;8(1):29-36.
121. Flores B, Hernández R. Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*. 2013;18(1):117-22.
122. Valdivia C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*. 2008;1:15.
123. Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*. 2014;10(1):11.
124. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sáenz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006;8(1):27-32.

125. Osorno-Navarro, M. Funcionalidad en las familias de las madres comunitarias de los hogares de bienestar infantil de Sincelejo, Colombia. *Curare*. 2014; 1(1): 27-33. doi: 10.16925/cu.v1i1.305
126. Tingl f S, H gberg U, Wallin I, Skoog A. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sex Reprod Healthc*. 2014;8:1-4. doi: 10.1016/j.srhc.2014.08.003
127. Han A, Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;124:6-11. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.06.037
128. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zrowsky C. A Systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: Prevalence and risk factors. *Plos One*. 2011;6(3):1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0017591
129. Mikton C. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. *Inj Prev*. 2010;16(5):359-60. doi: 10.1136/ip.2010.029629
130. OMS, OPS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. [cited 2016 19 de mayo]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1
131. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N, Quino-Villanueva K, Espinoza-Lecca E, Yancachajlla-Apaza M, et al. Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao. *Rev. Peru. Epidemiol*. 2012;16(1):1-7.
132. Alarcón R. Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *R Interam Psicol*. 2006;40(1):99-106.
133. Vera-Villarroel P, Celis-Atenas K, Córdova-Rubio N. Evaluación de la felicidad: análisis psicométrico de la escala de felicidad subjetiva en población chilena. *Ter Psicol*. 2011;29(1):127-33. doi: 10.4067/S0718-48082011000100013
134. Yu Y, Peng L, Chen L, Long L, He W, Li M, et al. Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Res*. 2014;215:401-5. doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.032

135. Andrade E, Acle-Tomasini G. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Act.Colom.Psicol.* 2012;15(2):53-64.
136. Dunkel-Schetter C, Lobel M. Pregnancy and birth outcomes: A multilevel analysis of prenatal maternal stress and birth weight. In: Baum A, Revenson T, Singer J, editors. *Handbook of health psychology*. 2 ed. New York: Taylor & Francis Group; 2012. p. 431-64.
137. Paarlberg K, Vingerhoets A, Passchier J, Dekker G, Van Geijn H. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res.* 1995;39(5):563-95.
138. Hogue C, Hoffman S, Hatch M. Stress and preterm delivery: a conceptual framework. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15(2):30-40.
139. Roos A, Faure S, Lochner C, Vythilingum B, Stein D. Predictors of distress and anxiety during pregnancy. *Afr J Psychiatry (Johannesbg).* 2013;16(2):118-22. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i2.15>
140. UNFPA. *Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy*; 2013. [cited 2017 13 de noviembre]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf>
141. UNFPA. *Jamaica offers a model for preventing adolescent pregnancies while supporting young mothers*; 2013 [cited 2016 19 de abril]. Available from: <http://www.unfpa.org/news/jamaica-offers-model-preventing-adolescent-pregnancies-while-supporting-young-mothers#sthash.tBWXXA2.dpuf>.
142. Benatuil D. Paternidad adolescente ¿Factor de riesgo o de resiliencia? *Psicodebate 5 Psicología, Cultura y Sociedad.* 2001:11-26. doi: 10.18682/pd.v5i0.448
143. Ariza A, Guevara L. *El desempleo en la relación de pareja como generador de crisis y conflicto: factores protectores y estrategias de afrontamiento*. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2002.
144. Ulloque-Caamaño L, Monterrosa-Castro Á, Arteta-Acosta C. Prevalencia de bajo autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del Caribe colombiano. *Rev.Chil. Obstet. Ginecol.* 2015;80(6):462-74. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000600006>
145. Simkin H, Etchezahar E. Las orientaciones religiosas extrínseca e intrínseca: Validación de la "Age Universal" I-E Scale en el Contexto Argentino. *Psykhé.* 2013;22(1):97-106. doi:10.7764/psykhe.22.1.477

146. Canaval G, González M, Sánchez M. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colomb. Med.* 2007;38(4):72-8.
147. Gómez I. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia en convenio con Universidad de Cartagena; 2010.
148. Mathiesen M, Mora O, Chamblás I, Navarro G. Orientaciones hacia la familia en estudiantes de enseñanza media de la provincia de Concepción. *Revista Electrónica de Trabajo Social.* 2006;6:1-17.
149. Mathiesen M, Mora O, Chamblás I, Navarro G, Castro M. Valores morales y familia en estudiantes de enseñanza media de la provincia de Concepción. *Revista de Psicología.* 2002;11(2):55-74.
150. Suárez M, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Med. La Paz.* 2014;20(1):53-7.
151. Arias L, Herrera J. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. *Colomb Med.* 1994;25(1):26-8.
152. CDC. Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings; 2007. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/ipvandsvscreening.pdf>.
153. Collado S, Villanueva L. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2007;75(5):259-67.
154. Álvarez L. Escala de creencias acerca de la felicidad en población adulta de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). *Investig. desarro.* 2012;20(2):302-33.
155. Rodrigues A, Silva J. O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico-USF.* 2010;15(1):113-23.
156. Ortiz M, Gancedo K, Reyna C. Propiedades psicométricas de la escala de felicidad subjetiva en jóvenes y adultos de la ciudad de Córdoba – Argentina. *Suma Psicol.* 2013;20(1):45-56.
157. Vera-Villarroel P, Celis-Atenas K, Pavez P, Lillo S, Bello F, Díaz N, et al. Money, age and happiness: association of subjective wellbeing with socio-demographic variables. *rev.latinoam.psicol.* 2012;44(2):155-63.

158. Rojas-Barahona C, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev. Méd. Chile.* 2009;137(6):791-800. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>
159. Espectro Autista.Info. Escala de autoestima de Rosenberg (RSES). Available from: <http://espectroautista.info/tests/emotividad/bienestar-emocional/RSES>.
160. Veselska Z, Madarasova A, Orosova O, Gajdosova B, Van Dijk J, Reijneveld S. Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behav.* 2009;34:287–91. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.11.005
161. Rodríguez M, Pereyra M, Gil E, Jofré M, De Bortoli M, Labiano L. Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión Argentina. *Evaluar.* 2009;9:72-82.
162. Vinaccia S, Quiceno J. Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica - IRC. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.* 2011;XX(3):201-11.
163. Majul E, Casari L, Lambiase S. Resiliencia: Una experiencia con adolescentes de distinto contexto socioeconómico. *Revista Electrónica de Psicología.* 2012;l(1):19-40.
164. Congreso de Colombia. Ley 27 de 1977 [8 de mayo de 2017]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4965>.
165. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993 [8 de mayo del 2017]. Available from: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf.
166. Feldman J. The effect of support expectations on prenatal attachment: an evidence-based approach for intervention in an adolescent population. *Child and Adolescent Social Work Journal.* 2007;24(3):209-34.
167. Monterrosa Á, Arteta-Acosta C, Ulloque-Caamaño L. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. *Iatreia.* 2017;30(1):34-46. doi 10.17533/udea.iatreia.v30n1a03
168. Tenezaca R. La resiliencia en adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital provincial general docente de la ciudad de Riobamba, periodo 2011 - 2012. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2012.

169. Nordin N, Wahab R, Yunus F. Psychological well-being of young unwed pregnant women: implications for extension education and programs. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;68:700 –9. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.12.260
170. Meneghel I, Salanova M, Martínez I. El camino de la resiliencia organizacional-Una revisión teórica. *Aloma*. 2013;31(2):13-24.
171. Murphey D, Barry M, Vaughn B. Positive mental health: Resilience. *Child Trends*. 2013;Publication # 2013-3:1-6. [13 de noviembre del 2017]. Available from: http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2013_11_01_AHH_Resilience.pdf
172. Burbano S. El proceso de resiliencia en madres adolescentes. Quito/ Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar; 2004.
173. Polo C. Resiliencia: Factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años. Chile: Universidad de Aconcagua 2009.
174. Sa'ad a F, Yusooff F, Nen S, Subhi N. The effectiveness of person-centered therapy and cognitive psychology ad-din group counseling on self-concept, depression and resilience of pregnant out-of-wedlock teenagers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014;114:927-32. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.809
175. Caivinagua J. Autoestima y características obstétricas en adolescentes embarazadas del Centro de Salud Carlos Elizalde, Cuenca. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016.
176. Rodríguez Z. Estado emocional y gestación: La influencia del nivel de ansiedad materno en los resultados perinatales. León, España: Universidad de León; 2015.
177. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*. 2009;119(1-3):142-8. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.005
178. Esteinou R. Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México. México: Publicaciones de la Casa Chata; 2006. 520 p.
179. Gallo L, Penedo F, Espinosa K, Argüelles W. Resiliency in the face of disadvantage: do hispanic cultural characteristics protect health outcomes?. *J Pers*. 2009;77(6):1707-46. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00598.x

180. Echeverría K. La influencia de la disfuncionalidad familiar en la resiliencia en niños y niñas en el medio escolar de 6to de Básica del Centro Educativo Jesús María Yepes de la ciudad de Quito. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2015.
181. Palacios K, Sánchez H. Funcionamiento familiar y resiliencia en alumnos de 2° a 5° de secundaria de una institución educativa pública de Lima-Este, 2015. Lima: Universidad Peruana Unión; 2016.
182. Yupanqui Z, Ingaroca L, Carbajal A. Funcionamiento familiar y resiliencia en estudiantes de quinto año de teología de la Universidad Peruana Unión. Estrategias para el cumplimiento de la misión. 2012;9(1):7 - 19. doi: <http://dx.doi.org/10.17162/recm.v9i1.271>
183. Blake S, Kiely M, Gard C, El-Mohandes A, El-Khorazaty M, Initiative N-D. Pregnancy intentions and happiness among pregnant black women at high risk for adverse infant health outcomes. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007;39(4):194-205. doi: 10.1363/3919407
184. Sable M, Wilkinson D. Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. *Fam Plann Perspect*. 2000;32(6):288-94.
185. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(6):481-6. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00950.x
186. Moses-Kolko E, Roth E. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *J Am Med Womens Assoc*. 2004;5(3):181.
187. González-Arratia N, Valdez J. Resiliencia y felicidad: El impacto de hechos vitales negativos y positivos en adolescentes. *Pensando Psicología*. 2013;9(16):43-53. doi: 10.16925/pe.v9i16.616
188. Tras Z, Arslan C, Hamarta E. An examination of resilience in university students in terms of self-esteem and social self-efficacy. *International Journal of Academic Research*. 2013;5(3):325-30. doi: 10.7813/2075-4124.2013/5-3/B.49
189. Comisión Europea. Enfermedades crónicas y de alta prevalencia [cited 2017 10 de noviembre]. Available from: https://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases_es



La impresión de este libro se realizó en papel bond blanco 90 grs. para páginas interiores y propalcote de 280 grs. para la portada con plastificado mate. Con un tiraje de 100 ejemplares. El libro NIVEL BAJO DE RESILIENCIA Y LOS FACTORES ASOCIADOS EN GESTANTES ADOLESCENTES, de los autores Álvaro Monterrosa Castro y Liezel Ulloque Caamaño, se diseñó y diagramó en la Editorial Universitaria - Sección de Publicaciones de la Universidad de Cartagena y se terminó de imprimir en el año 2019 en la empresa Alpha Impresores, en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia.