



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en
gestantes de una Microred de Chiclayo

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Flores Alvarado, Vanessa (orcid.org/0000-0002-4109-8871)

ASESORAS:

Dra. Molina Carrasco, Zuly Cristina (orcid.org/0000-0002-5563-0662)

Dra. Bustamante de Ordinola, Maria del Pilar (orcid.org/0000-0003-1146-548X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

CHICLAYO – PERÚ

2024

DEDICATORIA

La presente Tesis, se la dedico a mis 3 hermosos hijos: Branco, Rafael y Peyton, a quienes me alientan a ser una mujer preparada tanto en la vida como en el ámbito profesional.

A mi papito Rafael Romero, que desde el cielo sé que estaría muy contento con todos mis logros.

Y a Yaweh, porque el me sostiene con su mano y no me deja caer ante las turbulencias.

Vanessa Flores A.

AGRADECIMIENTO

Gracias Yaweh, por guiarme en este logro académico como también en mi proceso personal, a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto que emprendo.

Gracias a mis Asesoras de Tesis: Dra. Zuly Molina y Dra. María Bustamante, por su dedicación, empeño y aliento durante cada sesión para culminar con éxito.

Vanessa Flores A.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.3. Población, muestra y muestreo	15
3.4. Técnicas y recolección de datos	16
3.5. Procedimientos	17
3.6. Métodos de análisis de datos	17
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSIÓN	24
VI. CONCLUSIONES	33
VII. RECOMENDACIONES	34
VIII. PROPUESTA	35
REFERENCIAS	38
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Nivel de adherencia al control prenatal en una Microred de Chiclayo.....</i>	19
Tabla 2	<i>Nivel de adherencia al control precoz en una Microred de Chiclayo</i>	20
Tabla 3	<i>Nivel de adherencia al control periódico en una Microred de Chiclayo</i>	21
Tabla 4	<i>Nivel de adherencia al control integral en una Microred de Chiclayo</i>	22
Tabla 5	<i>Estrategias del programa de autocuidado</i>	23
Tabla 6	<i>Fundamento teórico de la propuesta</i>	36
Tabla 7	<i>Muestra de estudio</i>	89
Tabla 8	<i>Programa de acciones o plan.....</i>	91
Tabla 9	<i>Presupuesto de la propuesta</i>	97

RESUMEN

La presente indagación centró su objetivo en proponer un programa orientado al autocuidado que incremente la adhesión a las evaluaciones médicas prenatales en gestantes que asisten a la Microred de La Victoria, en tanto, su metodología se sustenta en un enfoque cuantitativo prospectivo de alcance descriptivo propositivo que efectuó cuestionarios a 309 pacientes embarazadas registradas en el servicio de obstetricia, destacando como resultados un nivel bajo de concurrencia a los controles señalados por el establecimiento de salud en un 51.50% de gestantes debido a falencia en el otorgamiento de un servicio oportuno, afable y seguro, problemas en el acceso inmediato y escasa cultura de cuidados requeridos en el resguardo de la salud materna, pues el 39.20% de embarazadas manifestaron un nivel bajo de asistencia a las revisiones médicas en los meses iniciales, 45.30% registró una baja adhesión a las evaluaciones periódicas y el 46.30% sólo concurrió a los diferentes exámenes médicos integrales en nivel moderado, por tanto, se elaboró un programa integrado por la organización de campañas orientadas a la educación de autocuidados prenatales en la institución, medios virtuales y comunidad, desarrollo de aplicativo móvil que facilite una atención completa, capacitaciones al personal obstetra, talleres de planificación y controles efectivos.

Palabras clave: Control prenatal, autocuidado, gestantes, salud materno-fetal.

ABSTRACT

The present investigation focused its objective on proposing a program oriented to self-care that increases adherence to prenatal medical evaluations in pregnant women who attend the La Victoria Microred, meanwhile, its methodology is based on a prospective quantitative approach with a purposeful descriptive scope that conducted questionnaires on 309 pregnant patients registered in the obstetrics service, highlighting as results a low level of attendance at the controls indicated by the health establishment in 51.50% of pregnant women due to failure in providing a timely, friendly and safe service. , problems in immediate access and poor culture of care required in the protection of maternal health, since 39.20% of pregnant women expressed a low level of attendance at medical check-ups in the initial months, 45.30% registered low adherence to the evaluations periodic and 46.30% only attended the different comprehensive medical examinations at a moderate level, therefore, a program was developed consisting of the organization of campaigns aimed at educating prenatal self-care in the institution, virtual media and community, development of a mobile application that facilitates complete care, training for obstetric staff, planning workshops and effective controls.

Keywords: Prenatal control, self-care, pregnant women, maternal-fetal health.

I. INTRODUCCIÓN

En el 2020 se reportó la muerte de 287,000 mujeres a causa de complicaciones prevenibles durante o posterior a la culminación del periodo de embarazo, correspondiendo el 95% a gestantes con ingresos bajos o medianos, situación vinculada a la escasa concurrencia a controles prenatales por falencias en el sistema de salud como tratos agresivos, insuficiente número de profesionales, ausencia de capacitaciones, reducida cantidad de suministros médicos, por otro lado, factores sociales, desigualdades y crisis sanitarias que imposibilitan el acceso a un servicio integral que resguarde la salud de materna (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Además, un aproximado de 270 millones de mujeres reportaron dificultades en informarse acerca de métodos apropiados de planificación que acrecientan riesgos perjudiciales a su bienestar (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2023)

En Latinoamérica persiste la preocupación por la muerte de miles de gestantes por año, debido a causas prevenibles en su mayoría, cuyas cifras se concentran en países con altas tasas de pobreza, dificultades en el acceso a servicios de protección de la salud materna de calidad, baja cobertura respecto a la atención prenatal, escasa planificación familiar y desigualdades en el otorgamiento de servicios integrales en el resguardo de la salud reproductiva a poblaciones vulnerables, destacando Haití con razón de mortalidad de 480, Guyana con 169, Bolivia con valor de 155, no obstante, Uruguay junto a Chile reportaron una razón de 17. Cabe mencionar que, las pérdidas de vidas maternas disminuyeron a 26% en el periodo comprendido del 2000 al 2017, siendo menor a la reducción mostrada por los países que integran la OCDE de 40% (OECD/The World Bank, 2020).

De igual manera, en Brasil se evidenció que los dos tercios de muertes maternas reportadas por el Sistema de Información acerca de Mortalidad procedió de causas obstétricas directas correspondientes a complicaciones prevenibles (hemorragias y trastornos hipertensivos) en el periodo de embarazo, parto y/o puerperio debido a la escasa concurrencia a los controles o revisiones médicas por dificultades en el acceso y bajo conocimiento de los cuidados perinatales, tratamientos e intervenciones inapropiadas por problemas de

desigualdad y deficiencias en los servicios prenatales ofrecidos (De Paula & Aparecida, 2023).

La problemática en el servicio obstétrico en el Perú se caracteriza por la entrega de un trato deshumanizador por parte del profesional de salud a las gestantes, esterilizaciones sin la venia de la paciente, negligencias en el control prenatal y labor de parto, entre otras manifestaciones de violencia, siendo reportadas legalmente un 1% y la mayoría resueltas por la entidad u omitidas por temor de la paciente (Defensoría del Pueblo [DP], 2020).

En ese sentido, constituye un desafío que acrecienta la probabilidad de desistir a los controles que supervisan el estado de su embarazo e incrementa el riesgo de experimentar complicaciones en su salud y afecciones en el bienestar del feto. Cabe resaltar que, la concurrencia de las gestantes a 6 o más controles disminuyó a 88.4% su cobertura, evidenciándose mayores brechas en Lambayeque, Amazonas, Arequipa, Tumbes, Madre de Dios, Puno, Junín, Ucayali, Huánuco e Ica (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2021).

A nivel departamental, se expone un incremento del número de embarazadas que optaron por efectuarse revisiones médicas en 6 a más oportunidades de 85% en el 2014 a 89.9% en el 2019, asimismo, sólo el 72% de gestantes registró 2 a más dosis inyectables antitetánicas, 99.5% realizó labor de parto en un establecimiento con profesional calificado y 39.9% concibió por cesárea, cifras que reflejan la fragilidad y deficiencia de los controles implementados en la supervisión de la eficacia de las inversiones destinadas a velar por el bienestar materno y futuro neonato (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2019).

En la Microred de Chiclayo se evidencia que diferentes pacientes en estado de embarazo no concurren a las citas programadas de manera oportuna a la revisión de su estado porque señalan tratos inadecuados por parte del profesional de salud, dificultades en conseguir una cita, desconocimiento de una evaluación continua, entre otros aspectos que acrecientan la posibilidad de sufrir riesgos a contraer morbilidades contra su salud, involucrando el bienestar integral del feto concebido.

Al respecto se formuló el problema general de la siguiente manera: ¿Cómo contribuir a mejorar la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo?

En el ámbito teórico, los aportes conferidos por el estudio se sustentan en modelos teóricos que exponen las implicancias de desarrollar e implementar intervenciones educativas integrados por actividades de autocuidado en el periodo de embarazo que incentiven concurrir de forma continua a las revisiones médicas de su salud y estado del feto.

A nivel metodológico, se rige la indagación por un esquema de trabajo sustentados en herramientas estadísticas, fuentes primarias que extraen información a partir de instrumentos idóneos y métodos apropiados en la examinación de un acervo de información que facilitaran construir un diagnóstico pertinente requerido en la propuesta, a fin de conformar un modelo o material de discusión en la realización de próximas indagaciones.

Asimismo, se justifica de manera práctica pues los hallazgos proporcionados impulsaran a los establecimientos de salud a ejecutar programas orientados a desarrollar una cultura de autocuidado durante el periodo perinatal que fortalezca el compromiso de las gestantes a asistir a las exámenes médicos correspondientes, a fin de minimizar complicaciones riesgosas que afecten su bienestar o desarrollo del feto.

Por lo tanto, el objetivo general de esta indagación es: Proponer un programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo, en consiguiente, se tomará en cuenta los siguientes objetivos específicos: (i) Caracterizar la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo, (ii) Adoptar fundamentos teóricos que confieran aportes científicos a la propuesta de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo, (iii) Diseñar un programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo y (iv) Validar el programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo.

II. MARCO TEÓRICO

Se dilucida en este apartado los estudios efectuados respecto a la temática abordada, así como, los fundamentos descritos. A nivel internacional, Marko et al. (2019) en su investigación planteó comprobar la eficiencia de un aplicativo móvil de cuidado prenatal para gestantes con bajo riesgo en Washington DC. Se desarrolló una metodología explicativa cuantitativa y utilizó un cuestionario enfocado a 88 colaboradores, distribuidos en 41 grupo control y 47 experimental, Obteniendo como resultados, que la cantidad media de visitas al médico especialista en el grupo experimental fue 7.8, mientras que, el grupo control reportó 10.2 (p igual a 0.01). No obstante, la intervención no provocó cambios significativos en la satisfacción del usuario y proveedor (p mayor a 0.05) en ningún grupo. En conclusión, se afirmó que la implementación del aplicativo portátil para el cuidado prenatal estuvo vinculado a la disminución de visitas presenciales de gestantes sin afectar sentimientos favorables hacia el servicio y protección integral a la salud.

Souza et al. (2020) en su investigación planteó examinar la eficiencia de un aplicativo móvil en la adherencia de mujeres embarazadas a consultas prenatales en Nordeste de Brasil. Por lo que, se enmarcó en una metodología explicativa cuantitativa y usó un cuestionario validado dirigido a 88 usuarios, distribuido en 44 grupo experimental y 44 control. En cuyos resultados exponen que el 100% del GE y 100% del GC consideran importante asistir a las evaluaciones prenatales ($p < 5\%$), el 31% del GE y 15% del GC indicó ausencia de dificultades de programar citas ($p < 5\%$), asimismo, la intervención impulsó al 83.3% del GE a recurrir a 8 o más consultas, en contraste, el 51.3% del GC asistió a menos de 5 controles ($p < 0.05$). En conclusión, se afirma la optimización de la implementación del dispositivo móvil para el desarrollo de la adherencia al cuidado prenatal de las gestantes.

Piña (2020) en su estudio propuso evaluar la adherencia al control prenatal en mujeres registradas en el Puesto de Salud 16 de agosto, parte de la Dirección Distrital 14D02 en Huamboya-Pablo Sexto-Palora-Salud. Realizó un análisis retrospectivo y descriptivo que incluyó a 63 mujeres embarazadas de edades entre 12 y 39 años. Los resultados indicaron que, solo el 34,9% de las

embarazadas quedaron registradas en el control prenatal. Se destacaron factores sociales como la edad, costumbres, creencias, el clima regional, accesibilidad geográfica y la desigualdad de género como determinantes que influyeron en la adhesión al control prenatal. Estas conclusiones resaltan la importancia de intervenciones tempranas para garantizar embarazos saludables y prevenir complicaciones tanto para las madres como para los recién nacidos y la comunidad en general.

Costa et al. (2021) en su estudio propusieron evaluar la eficacia de una app de telefonía móvil para la adhesión de gestantes a las consultas prenatales. Realizaron un ensayo clínico controlado y ciego con dos grupos durante todo el año 2018. Se empleó entrevistas estructuradas al culminar el 3er trimestre de gestación. La muestra comprendía 88 mujeres embarazadas de dos Estrategias de Salud Familiar en el noreste de Brasil. Estas participantes fueron asignadas al azar a dos grupos: el grupo de intervención (GI), que utilizó la aplicación móvil, y el grupo de control (GC), que asistió a las consultas prenatales tradicionales. Los resultados revelaron que las mujeres que utilizaron la aplicación (GI) asistieron a un mayor número de consultas en comparación con las del grupo de control (GC), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). En resumen, la aplicación móvil se demostró como una tecnología de salud eficaz para que se mejore la adherencia a las consultas prenatales.

Piña (2021) en su estudio planteó detallar los determinantes de la salud que llegan a influir en la adherencia al control del embarazo en mujeres que lograron concluir su embarazo en parto eutócico simple, en el Hospital Básico Sucúa ubicado en el Cantón Sucúa, durante el lapso de tiempo comprendido entre 2019 y 2020. Utilizando un enfoque cuantitativo y cualitativo, así como revisando investigaciones científicas previas, se encontró que el 66,8% de las participantes vivían en zonas rurales, el 67% enfrentaba dificultades para acceder a servicios de salud, y el 33% tenía ingresos mensuales inferiores al salario mínimo. Además, se descubrió que el 45% de las mujeres tenía cinco o más hijos y no recibió atención prenatal durante el embarazo. se concluyó que varios determinantes de la salud influyen en la falta de asistencia a los controles prenatales en estas madres.

Rezaie et al. (2021) en su indagación planteó estudiar los efectos del asesoramiento acerca del autocuidado en los hábitos de salud en gestantes adolescentes de Tabriz. Por lo cual, se desarrolló una metodología explicativa cuantitativa y aplicó cuestionarios a 54 participantes, 27 experimentos y 27 control. En sus resultados se obtuvo, que las prácticas de salud (descanso, cuidado de la dieta, prevención de lesiones, concurrencia a controles prenatales, etc.) mejoraron en el grupo intervención (media de 129.74 y $p < 0.001$). Igualmente, el grupo experimento mostró adopción de una actitud favorable hacia la maternidad (promedio de 33.92 y p igual a 0.038). En definitiva, se comprobó que el asesoramiento acerca del autocuidado mejora los hábitos de salud en gestantes adolescentes, así como mejorar su percepción hacia la maternidad.

Tesfaye et al. (2021) en su estudio propone como objetivo examinar la adherencia a la suplementación prenatal con ácido fólico y hierro e identificar los componentes vinculados a asistir al servicio de cuidado prenatal en Dilla. Por ello, se aplicó una metodología explicativa cuantitativa que evaluó a 396 gestantes por cuestionarios. Obteniendo como resultados, que el 43.4% de gestante estaban adheridas al IFAS, asimismo, se evidenció que antecedentes de anemia (AOR igual a 1.87), la regularidad de visitas al centro de cuidado prenatal (AOR igual a 2.51), conocer las bondades del suplemento IFA (AOR igual a 2.28) y entendimiento de la anemia (AOR igual 2.30) constituyen predictores que impulsan la adherencia a consumir IFAS. En definitiva, una cantidad de gestantes por debajo de la mitad acataban el consumo de la IFA por desconocimiento y escasas visitas al servicio médico.

Lozano et al. (2023) orientó su propósito en fomentar la evaluación prenatal en embarazadas que concurren a la Asociación Esperanza y Progreso en Colombia. Se atribuye a tipo aplicada prospectiva que ejecutó cuestionarios a 28 participantes, cuyos resultados manifiestan que el 33.3% de gestantes aseveraron poseer adecuados conocimientos respecto a hábitos de salud perinatal, el 67% refirió como mitos hechos vinculados a ITS y 35.7% forzaban una creencia en realidad y 64.2% creía verdad los mitos de planificación familiar. Además, las gestantes asistieron entre 3 a 4 controles y 65.5% estaban en tercer

trimestre. Finalmente, se determinó el desarrollo de reuniones formativas en materia de salud abordando contenidos de control prenatal y su evolución en el proceso de gestación fortalecerá el desarrollo de prácticas sanitarias que velen por el bienestar materno y feto.

Narváez (2023) realizó un estudio de corte transversal en la ciudad de Cartagena durante los años 2019 y 2020, con el objetivo de investigar la correlación entre la adherencia al programa prenatal y la incidencia de complicaciones graves en la salud de las madres gestantes. La población incluyó a 5251 registros de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal durante ese período en la ciudad de Cartagena, observándose respecto a la adherencia. Sin embargo, después de ajustar por otros factores, no se encontró una significativa asociación entre la adherencia al control prenatal y la morbilidad materna extrema, con un OR de 0.87 y un IC del 95% que abarcaba 0.59-1.28. En conclusión, la adherencia al control prenatal no pareció estar estadísticamente relacionada con el riesgo de complicaciones graves en el embarazo, el parto o el período postparto.

Lozano et al. (2023) en su estudio plantearon promover la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes asistentes a la Asociación Esperanza y Progreso. Este enfoque se dirigió específicamente a mujeres en situaciones de vulnerabilidad que recibían servicios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Utilizaron pruebas antes y después de sesiones educativas para evaluar el impacto de estas intervenciones. Los resultados indicaron la importancia de realizar sesiones educativas desde el sistema de salud, ya que esto podría facilitar la identificación de mejoras significativas en el seguimiento de la salud, tanto durante el control prenatal como en todas las etapas de la vida. Concluyendo, que tal enfoque podría traer un impacto positivo en la salud de las mujeres embarazadas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

Entre antecedentes nacionales, se presentó a: En su estudio, Juárez & Uribe (2021) se propusieron investigar como el nivel de resiliencia se relaciona la adherencia al control prenatal en adolescentes embarazadas. Evaluaron a 33 gestantes adolescentes en el tercer trimestre, utilizando la Escala de Resiliencia para adolescentes y una lista de verificación de actividades de control prenatal.

Emplearon pruebas de chi-cuadrado para determinar la significancia estadística con un porcentaje menor al 5%. Los resultados mostraron que el 48.5% de las gestantes tenían bajo nivel de resiliencia, el 36.4% un nivel medio, y el 15.2% un nivel alto. Solo el 27.3% cumplió con el control prenatal, mientras que el 72.7% no lo hizo. Sin embargo, al correlacionar ambas variables, no se encontró una relación significativa entre ambos constructos evaluados.

En su estudio, Churampi (2021) se propuso investigar la relación entre la calidad de atención proporcionada por los obstetras y la adherencia de las gestantes al control prenatal en el Centro de Salud de Huancavelica durante el año 2018. Se seleccionó como cuantitativo al enfoque y un diseño correlacional no experimental para analizar tal relación en los constructos de las mujeres embarazadas. La población de estudio incluyó a todas las gestantes que asistieron a sus controles prenatales en el Centro de Salud de Huancavelica durante ese año. Para recopilar datos, se empleó un cuestionario y se utilizó estadística descriptiva junto con el coeficiente de correlación de Pearson, que arrojó un valor de 0.832, indicando una relación alta entre la calidad de atención brindada por los obstetras y la adherencia de las gestantes al control prenatal.

Morocho & Quilcate (2021) propusieron analizar la relación entre la atención prenatal y la adherencia al cuidado prenatal en las gestantes que asisten al servicio de obstetricia del Centro de Salud San Juan de Miraflores en el año 2021. Se seleccionó como cuantitativo al enfoque, siendo correlacional y descriptivo su alcance. La población incluyó a 115 gestantes, y la muestra solo de 89 gestantes. Se empleó dos cuestionarios. Los resultados mostraron que, el 46.07% de las gestantes no mostraba adherencia al cuidado prenatal, mientras que el 59.93% sí lo hacía. Concluyeron que existe una relación significativa y positiva entre ambos constructos, respaldada por una correlación de Spearman de 0.721, con un valor de significancia estadística (p) menor a 5%, lo que indica que una mejor atención prenatal se relaciona con una mayor adherencia al cuidado prenatal por parte de las gestantes.

Zapata (2023) cuyo estudio presentó como objetivo establecer como la calidad asistencial se relaciona con el control prenatal de gestantes en el Hospital de Babahoyo Ecuador 2022. Utilizó un enfoque cuantitativo y encuestó a 254 de

un total de 440 mujeres embarazadas atendidas en el hospital. El diseño de investigación fue descriptivo y correlacional, ya que buscó relacionar ambas variables. Los resultados revelaron una correlación positiva moderada entre la calidad de atención y el control prenatal, con un valor de $p < 0,01$, lo que rechazó la hipótesis nula. Esto implica que la calidad de atención médica es relevante para el control prenatal. En resumen, la calidad de atención predominó en un nivel medio en un 26,56%, y se concluye que el control prenatal está vinculado a la calidad de atención médica.

Peñaloza (2023) realizó un estudio en el Centro Materno Infantil "Manuel Barreto" en San Juan de Miraflores, Lima, durante junio a diciembre de 2022, para investigar cómo las características de las gestantes se relacionan con su cumplimiento de los controles prenatales. El estudio utilizó un diseño correlacional y transversal. Se encontró que la mayoría de las gestantes (59.4%) completaron sus controles prenatales. Estas mujeres generalmente tenían 30 años o más, eran convivientes, amas de casa y tenían un intervalo entre embarazos de menos de 2 años. La edad gestacional promedio fue de 39 semanas, y la mayoría eran nulíparas, con movimientos fetales normales y sin anemia. Además, la mayoría no tenía vaginosis bacteriana ni candidiasis vaginal. En resumen, la mayoría de las gestantes en el centro cumplió satisfactoriamente con sus controles prenatales.

En tanto a las bases teóricas, se detalla el programa de autocuidado como un conjunto de actividades y estrategias diseñadas para promover la salud y el bienestar personal. Estos programas están enfocados en empoderar a los individuos para que asuman un papel activo en su propia salud y se responsabilicen de sus decisiones y comportamientos relacionados con el cuidado personal (Centeno-Pérez et al., 2018). Asimismo, es un conjunto de estrategias integrales y educativas que empoderan a los individuos para que tomen medidas proactivas y responsables para mantener y mejorar su salud, basándose en la idea de que el autocuidado es un componente esencial para una vida saludable y satisfactoria (Robalino et al., 2022).

Myers et al. (2012) definen el autocuidado como un conjunto de actividades que realizan las personas, como mindfulness, búsqueda de apoyo social y

actividad física, para mantener y mejorar su vida, salud y bienestar. Así, el autocuidado involucra diferentes dimensiones de la vida personal y profesional, y contiene un componente de intencionalidad, una decisión de participar en actividades o comportamientos específicos (Wise et al., 2012) que implica autorreflexión y adaptación a las necesidades cambiantes. Por lo tanto, el autocuidado es un proceso multifacético y multidimensional de participación decidida en estrategias que llegan a promover el bienestar como el correcto funcionamiento de forma saludable (Valizadeh et al., 2017)

En esta línea, Zahniser et al. (2017) conceptualizan el autocuidado como un mecanismo antiestrés, y las investigaciones han encontrado que reducir el estrés aumenta el desempeño laboral. En cierto modo, el autocuidado es el proceso de iniciar activamente un método para promover el bienestar (Bressi & Vaden, 2017).

Algunas de las actividades de autocuidado más importantes utilizadas en la investigación son las actividades de atención plena y ejercicio físico (Colman et al., 2016). Por un lado, el mindfulness puede definirse como una forma de conciencia que surge de prestar atención al momento presente sin juzgar y aceptar. Los programas efectivos de mindfulness incluyen prácticas de respiración, escaneo corporal, antiestrés y autocompasión, entre otras (Coo & Salanova, 2018), y diferentes estudios aportan evidencia de que el desarrollo de la atención plena conduce a un afecto y una cognición positiva, que son aspectos clave del bienestar (Garland et al., 2017; Depner et al., 2020).

La definición práctica de autocuidado de la OMS es la habilidad de individuos, familias y comunidades para fomentar la salud, prevenir enfermedades, mantener el bienestar y enfrentar problemas de salud y discapacidad, ya sea con el respaldo de un profesional de la salud o de manera autónoma (World Health Organization, 2014). El autocuidado abarca necesariamente una amplia gama de actividades relacionadas con el estilo de vida, la higiene, los factores ambientales y los factores socioeconómicos (Urpi-Fernandez et al., 2017).

Una de las teorías de enfermería que se ha propuesto en el campo del autocuidado y cuyos efectos positivos se han demostrado en diversos estudios es la teoría del autocuidado de Orem (Dehghan, 2014). Por otro lado, Webber et

al. (2013) desarrolló el marco 'Los siete pilares del autocuidado' (7PSC) que destaca la importancia de (i) el conocimiento y la alfabetización sanitaria, (ii) el bienestar mental, la autoconciencia y la agencia, (iii) la actividad física, (iv) la salud alimentación, (v) prevención y mitigación de riesgos, (vi) buena higiene, y (vii) uso racional de productos y servicios. Este marco podría utilizarse como punto de referencia para comparar las prácticas de autocuidado entre la población general y como herramienta para apoyar la evaluación pragmática de las iniciativas de autocuidado (El-Osta et al., 2019).

Dentro de las dimensiones se encuentran: Capacidades Fundamentales, que se refieren a las habilidades esenciales que una persona debe adquirir o mejorar a través del programa de autocuidado. Estas capacidades pueden incluir la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la salud, la capacidad de establecer metas de bienestar personal y la capacidad de llevar a cabo acciones concretas para mantener o mejorar la salud (Alva, 2018). Componentes de Poder, que son las fuentes de fortaleza y recursos que una persona puede aprovechar para llevar a cabo un autocuidado efectivo. Estos componentes pueden ser tanto internos como externos e incluyen factores como el conocimiento de la salud, el acceso a servicios de atención médica, el apoyo social y emocional, la motivación personal y la autodeterminación (Alva, 2018). Y, capacidad para operacionalizar, el cual se refiere a la capacidad del programa de autocuidado para convertir sus objetivos y principios en acciones y procedimientos prácticos. Esto implica la formulación de estrategias concretas, la definición de pasos específicos y la implementación de herramientas prácticas que permitan a las personas poner en práctica el autocuidado de manera efectiva y consistente (Alva, 2018).

Mientras que, el control prenatal, se concibe como un conjunto de intervenciones y procedimientos regulares y sistemáticos dirigidos a la prevención, identificación y tratamiento de los factores que podrían influir en la salud y supervivencia de la madre y el recién nacido (Carvajal, 2023). Además, se describe como una serie de consultas o visitas periódicas de la mujer embarazada con profesionales de la salud, con el propósito de supervisar el progreso del embarazo y adquirir una preparación adecuada para el parto y la

crianza del niño (Schwarcz et al., 2001). Por tanto, es crucial en la identificación de factores vinculados a riesgos en el bienestar de la gestante en aras de contrarrestar las cifras de muertes maternas o adopción de morbilidades que afectan su salud como el desarrollo normal del feto (Fernández & Zapata, 2019).

Las últimas recomendaciones de la OMS (World Health Organization, 2016) son que las mujeres reciban ocho controles prenatales durante el embarazo. Estas recomendaciones pasan de centrarse en visitas reales a adoptar un enfoque más flexible e interactivo (Lattof et al., 2020), con mayor potencial para satisfacer las necesidades de las personas.

Sin embargo, es difícil brindar atención prenatal eficaz en muchos entornos de bajos ingresos. Largas distancias a los centros de salud, malas condiciones de las carreteras (Lavender et al., 2020; Izugbara & Wekesah, 2018), menores niveles de educación e ingresos (Izugbara & Wekesah, 2018; Chama-Chiliba & Koch, 2015), creencias socioculturales, percepciones de las actitudes de los proveedores de salud (Lavender et al., 2020) y el miedo a las pruebas del VIH (Izugbara & Wekesah, 2018) se consideran barreras clave para la utilización de la atención prenatal.

La asistencia a los controles prenatales se considera esencial y necesaria para el cuidado de la salud de la madre y del feto en desarrollo. Estos controles son un seguimiento riguroso que tiene como objetivo supervisar el progreso del embarazo y garantizar una adecuada preparación para el parto y el período posparto (Lozano et al., 2023).

En el contexto del control prenatal, la Teoría de déficit del autocuidado de Orem se aplica al fomentar la responsabilidad de la mujer embarazada en el cuidado de su salud y la del feto. Los profesionales de enfermería pueden utilizar esta teoría para educar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de una nutrición adecuada, el seguimiento de pautas de ejercicio, la adherencia a pautas médicas y la comprensión de las señales de alerta durante el embarazo (Prado et al., 2014). La adherencia de la mujer embarazada a las visitas de control prenatal no se limita únicamente a su presencia en las citas médicas, sino que también abarca su compromiso en seguir fielmente las indicaciones y consejos proporcionados durante estas consultas (Cáceres-Manrique, 2009).

La atención prenatal es un estilo específico de atención diseñado para las mujeres embarazadas para ayudarlas a lograr y promover una vida más saludable durante todo el embarazo, aumentando su probabilidad de tener un parto seguro de un bebé con buena salud (Adamou et al., 2020).

Un inicio oportuno de la atención prenatal aumenta el número de evaluaciones maternas y fetales. Estas evaluaciones pueden detectar complicaciones y mejorar la comunicación entre los proveedores de salud y las mujeres embarazadas, lo que aumenta la probabilidad de resultados positivos del embarazo (World Health Organization, 2016). Iniciar la atención prenatal dentro del primer trimestre facilita la adopción de medidas preventivas, la detección temprana de enfermedades y el suministro de información relevante y actualizada (Manyeh et al., 2020). Fundamentalmente, ayuda a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal (Dennis et al., 2019; Sakuma et al., 2019).

La atención prenatal busca detectar y prevenir posibles complicaciones, además de brindar apoyo emocional y físico a la madre durante esta etapa crítica. De igual manera, la ingesta de vitaminas y suplementos, que suelen incluir ácido fólico, hierro, calcio y otros nutrientes esenciales que son fundamentales para el crecimiento y desarrollo adecuados del feto (NTS N°105 MINSA/DGSP, 2013).

Entre las dimensiones, se encuentran el control prenatal precoz, se refiere a la atención médica que una mujer embarazada recibe tempranamente después de confirmar su estado de embarazo. El control prenatal precoz permite identificar y abordar los posibles riesgos y complicaciones para garantizar un proceso gestacional óptimo. Control prenatal periódico, referido al seguimiento médico regular y programado que recibe una mujer embarazada a lo largo de toda la gestación, se monitorea el bienestar materno y fetal, se realizan exámenes y pruebas de rutina, se brinda orientación sobre la salud y el cuidado prenatal. Y, control prenatal integral, referido a un enfoque holístico y completo en la atención médica durante el embarazo. Este tipo de control prenatal abarca no solo la evaluación médica y el monitoreo regular, sino también la atención psicológica, social y emocional de la mujer embarazada (Casini et al., 2002).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo básico porque el análisis sólo se enfocó en evaluar las particularidades del fenómeno de interés sin implementar una propuesta que altere la realidad evidenciada, a fin de proveer una serie de aportes que ahonde la literatura registrada (Hernández & Mendoza, 2018). Además, se trata de un estudio de enfoque cuantitativo porque el apartado de cada estudio se efectuó de manera secuencial y se empleó herramientas estadísticas en el contraste de la hipótesis defendida, cuya discusión de la información encaminó a la realización de inferencias por cada objetivo formulado (Hernández & Mendoza, 2018). Finalmente, su alcance es descriptivo propositivo que implica dilucidar los atributos de las variables inmersas en la indagación, además efectuar una evaluación exhaustiva que direcciona a elaborar una intervención favorable en minimizar o contrarrestar el problema detectado (Hernández & Mendoza, 2018).

La investigación se realizó con un diseño de tipo no experimental, ya que lo estudiado se observó, sin manipular las variables o generar cambios (Hernández & Mendoza, 2018). Asimismo, es transversal dado que ha registrado el comportamiento de la variable mediante las respuestas obtenidas en cuestionario en un único momento, sin manipulación deliberada del atributo de estudio (Hernández & Mendoza, 2018).

3.2. Variables y operacionalización

Variable uno: programa de autocuidado

Definición conceptual: herramienta enfocada a promover el desarrollo consciente de conductas que mantienen y resguardan el bienestar físico, emocional y psicológico (Myers et al., 2012).

Definición operacional: se examinó la variable por medio de las dimensiones referidas a: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar.

Indicadores: percepción, memoria, orientación, habilidades para ordenar autocuidado, capacidad de integración, condiciones en las que se encuentra con su entorno.

Escala de medición: ordinal.

Variable dos: adherencia al control prenatal.

Definición conceptual: implica respetar y llevar a cabo de manera consciente y responsable las recomendaciones médicas y las pautas de autocuidado que se le ofrecen durante el seguimiento del embarazo, además de asistir a las revisiones programadas (Cáceres-Manrique, 2009).

Definición operacional: se midió a través de las dimensiones correspondientes a precoz o temprano, periódico o continuo y completo e integral.

Indicadores: inicio del control prenatal, importancia del control prenatal, frecuencia del control prenatal, número de controles prenatales, cumplimiento de citas, interconsulta a otros servicios y medidas preventivas.

Escala de medición: Ordinal.

3.3. Población, muestra y muestreo

La población se refiere a un conjunto de individuos, animales, objetos o cosas que comparten características similares y forman una comunidad específica (Arias & Covinos, 2021). Para fines de esta investigación se conformó la población por la totalidad de gestantes que acuden al servicio de obstetricia en una Microred de Chiclayo, cuyo número ascendió a 1,582 embarazadas.

Criterios de inclusión: mujeres embarazadas en el último trimestre de gestación que confirieron su consentimiento de manera espontánea.

Criterios de exclusión: se excluyó a gestantes del primer trimestre de embarazo, asimismo, mujeres en gestación que denegaron cooperar y otorgar su consentimiento informado.

Para determinar la muestra, se hizo uso de la fórmula de población finita, en ese sentido, la muestra abarcó a un subgrupo de gestantes con características

representativas que concurren a la Microred de Chiclayo, estando conformada por 309 mujeres gestantes.

Se aplicó muestreo probabilístico aleatorio proporcional pues se optó por métodos fundamentados en el azar que implicó la ejecución de procedimientos estadísticos en su elección de una población mayor a 100 individuos, lo cual, indujo a considerar un número proporcional a la población en el cálculo del número de embarazadas por cada establecimiento de salud que comprende la Microred (Arias & Covinos, 2021).

La unidad de análisis se constituyó por gestantes que acuden al servicio de obstetricia en una Microred de Chiclayo.

3.4. Técnicas y recolección de datos

Se empleó la encuesta en el recaudo de una gama de información de naturaleza cuantitativa por medio de la interacción con las gestantes que optaron por asistir a sus revisiones a una Microred de salud localizada en Chiclayo, a fin de identificar el número de revisiones registradas por cada gestante partícipe del estudio y su adherencia a las pautas médicas de protección a su salud y vigilancia del desarrollo de su hijo próximo a concebir.

En ese sentido, se optó por un cuestionario propuesto por Mejía (2018) adaptado por la investigadora con la pretensión de compilar un acervo de datos respecto a la adherencia a las evaluaciones médicas en el periodo prenatal, el cual, se atribuyó a una escala ordinal y se compuso por 28 ítems distribuidos en tres dimensiones.

Se realizó la validación del instrumento por medio de la evaluación efectuada por tres especialistas en relación a los aspectos de coherencia, suficiencia, claridad, pertinencia, relevancia, entre otros, cuyos hallazgos se reflejaron en el valor de V de Aiken, el cual, indicó la idoneidad del cuestionario en la compilación de un acervo de datos que favorecieron al análisis de la variable sometida a indagación.

Asimismo, se determinó la confiabilidad del instrumento adaptado por medio de la estimación del coeficiente de Kurder de Richardson KR – 20 que arrojó un valor de 0.9416, el cual, señaló la congruencia de los resultados en una muestra

piloto e indicó proseguir con su ejecución a los participantes comprendidos en el estudio.

3.5. Procedimientos

Antes del proceso de acopio de un acervo de datos se efectuó una búsqueda exhaustiva de la bibliografía que permitió la realización apropiada del marco teórico, además facilitó identificar las dimensiones o componentes que propician evaluar la variable vinculada a una problemática a través de un cuestionario sujeto a una escala ordinal. Posteriormente, se coordinó con las autoridades de una Microred de salud de Chiclayo y responsables del servicio de obstetricia los permisos necesarios en la ejecución del cuestionario seleccionado en la indagación, asimismo, se gestionó la entrega de un consentimiento informado a las gestantes partícipes del estudio que confirmó su intervención de forma espontánea, lo cual, conllevó a proseguir la indagación.

Se determinó la evidencia de validez de contenido por medio de la técnica de juicios expertos, además, se determinó la confiabilidad mediante la recolección de datos de una prueba piloto.

3.6. Métodos de análisis de datos

Posterior a la labor de compilación de una gama de datos se construyó una matriz de datos en una hoja de cálculo en Excel por ítems agrupados en dimensiones de la variable asociada a un problema evidenciado, lo cual, facilitó su traslado al paquete estadístico SPSS versión 26 que propició la estimación de estadísticos descriptivos a exponerse en tablas de frecuencias o figuras respetando el estilo de citación APA 7 edición, cuya pesquisa acerca del acatamiento a la prescripción dada por el médico respecto a las evaluaciones del estado de la salud del feto y bienestar materno facilitó crear un diagnóstico enriquecido que propicie realizar un aporte enfocado a fomentar una cultura de autocuidado en el periodo prenatal en aras de contrarrestar futuras complicaciones o riesgos mortales.

3.7. Aspectos éticos

Se optó por aplicar el principio de beneficencia junto a no maleficencia que implica el desarrollo de una labor profesional enfocada a otorgar bienestar a los individuos de su entorno de interacción (APA, 2010). De esta manera, se procedió a compilar información sujeta a medición numérica de la muestra escogida, cuyos resultados conformen un apoyo en la realización de estudios que beneficien a la población.

Respecto al principio de autonomía, las gestantes que intervienen en el desarrollo de la labor investigativa poseen la capacidad de cooperar o retirarse del estudio en el momento que consideren conveniente (Universidad César Vallejo, 2020). Correspondiendo a un principio implementado por medio del consentimiento informado otorgado a cada adolescente participante mediante la entrega de respectiva información acerca de los fines del estudio con la pretensión de mostrar su decisión de participar o no en el mismo.

Además, se empleó el principio responsabilidad que concernió en asumir de forma consciente los resultados reportados por el estudio (Universidad César Vallejo, 2020). Es decir, se otorgó una serie de información respecto a las ventajas, fines o desventajas a contraerse con su participación en el desarrollo del estudio.

Cabe resaltar que, se aplicó el principio del respeto hacia la propiedad intelectual que implica emplear las definiciones o constructos de otros investigadores realizando un adecuado citado del mismo, evitando cometer plagio de manera parcial o total de trabajos publicados (Universidad César Vallejo, 2020), por tanto, se incorporó mencionado principio mediante la realización de un análisis cauteloso de la información recopilada.

Por otro lado, se utilizó el principio de confidencialidad que expone la importancia de salvaguardar una gama de información de índole personal de los participantes que optaron por intervenir de forma espontánea y mantener en reserva su identidad que garantice su anonimato de cada participante (APA, 2010). De esta forma, se incorporó el principio en el momento de la aplicación del cuestionario porque se incluyó el apartado del consentimiento informado orientado a la decisión de participar o desertar de cooperar en el estudio.

IV. RESULTADOS

En el presente apartado se dilucida el análisis de los hallazgos conseguidos a través de la ejecución de los cuestionarios junto al desarrollo de un diagnóstico coherente a la realidad evidenciada, así como, la elaboración de una propuesta consistente.

Tabla 1

Nivel de adherencia al control prenatal en una Microred de Chiclayo.

Niveles	<i>f</i>	%
Bajo	159	51.50%
Moderado	143	46.30%
Alto	7	2.30%
Total	309	100.00%

Nota: n= 309 mujeres gestantes, f: frecuencia; %: porcentaje.

En la tabla 1 se observa que, el predominio de un nivel bajo de adherencia a los diferentes controles recomendados por la autoridad de salud en un 51.50%, seguido de un nivel moderado en un 46.30% y un nivel alto en 2.30%. Por tanto, los hallazgos reportados señalan que la mayoría de mujeres gestantes no acuden a sus revisiones médicas integrales con periodicidad por dificultades en el acceso oportuno al servicio de salud materno, falta de cultura de cuidado prenatal, además de escasa cortesía, empatía y rapidez en la atención, situación que dificulta monitorear la evolución del embarazo, identificar las complicaciones a tiempo e impartir saberes acerca de los hábitos saludables a realizar antes del periodo de parto y los comportamientos a adoptar en la crianza del neonato en aras de resguardar su bienestar. No obstante, un porcentaje mínimo de embarazadas asiste a las distintas evaluaciones médicas referidas a contrarrestar complicaciones que repercuten en la salud materna como en el crecimiento óptimo del feto.

Tabla 2

Nivel de adherencia al control precoz en una Microred de Chiclayo.

Niveles	<i>f</i>	%
Bajo	121	39.20%
Moderado	117	37.90%
Alto	71	23.00%
Total	309	100.00%

Nota: n= 309 mujeres gestantes, f: frecuencia; %: porcentaje.

En la tabla 2 se visualiza que, el 39.20% de gestantes mostraron un nivel bajo de adherencia a las revisiones médicas en los primeros meses de embarazo por desconocimiento de su importancia, el 37.90% un nivel moderado y sólo un 23% registró un nivel alto de asistencia a los controles en un periodo temprano. En ese sentido, la mayoría de embarazadas no acuden a efectuarse una revisión médica de su proceso de gestación desde el primer momento de su confirmación o en los meses iniciales, lo cual, dificulta la detección oportuna de complicaciones vinculadas a riesgos de afección a su salud como el bienestar del feto.

Tabla 3

Nivel de adherencia al control periódico en una Microred de Chiclayo.

Niveles	<i>f</i>	%
Bajo	140	45.30%
Moderado	113	36.60%
Alto	56	18.10%
Total	309	100.00%

Nota: n= 309 mujeres gestantes, f: frecuencia; %: porcentaje.

En la tabla 3 se visualiza que, un 45.30% de gestantes encuestadas manifestaron un nivel bajo de concurrencia periódica a las evaluaciones médicas prenatales exigidas por la autoridad de salud, asimismo, un 36.60% mostró un nivel moderado de adherencia y un 18.10% un nivel alto de asistencia a los controles en las fechas programadas y acatamiento de las indicaciones señaladas en el cuidado. Por ende, la mayoría de gestantes no opta por acudir con frecuencia a las evaluaciones médicas en las fechas previstas durante el proceso de embarazo, situación que imposibilita monitorear el bienestar del feto como su salud materna, además impide conceder pautas de autocuidado a realizarse en el transcurso de la etapa prenatal, lo cual, acrecienta el riesgo de sufrir complicaciones articuladas a contraer morbilidades con probabilidad de atentar contra su vida.

Tabla 4

Nivel de adherencia al control integral en una Microred de Chiclayo.

Niveles	<i>f</i>	%
Bajo	138	44.70%
Moderado	143	46.30%
Alto	28	9.10%
Total	309	100.00%

Nota: n= 309 mujeres gestantes, f: frecuencia; %: porcentaje.

En la tabla 4 se observa que, el 46.30% de las gestantes reportó un nivel moderado de concurrencia a revisiones médicas completas como nutrición, odontología, exámenes de descarte de cáncer en la zona mamaria, entre otros. Además, el 44.70% mostró un nivel bajo de asistencia a los servicios médicos de cuidado de la salud emocional, social y psicológica durante el periodo de embarazo y sólo un 9.10% un nivel alto de adherencia a evaluaciones médicas integrales. En tanto, los hallazgos indican que la mayoría de mujeres gestantes descuidan su asistencia a los monitoreos periódicos señalados por el establecimiento de salud, asimismo, no acuden a revisiones del bienestar en el plano psicológico, físico (despistaje de cáncer, problemas odontológicos, anemia, entre otros), social y dominio de emociones mostradas en el transcurso del proceso de embarazo, lo cual, incrementa el riesgo de padecer diferentes afecciones vinculadas a complicaciones severas prevenibles y/o experimentar pensamientos destructivos que perjudiquen su bienestar como la evolución óptima del feto.

Tabla 5*Estrategias del programa de autocuidado*

Aspectos	Estrategias
Capacidades fundamentales	Implementar sesiones educativas que destaquen la importancia de la atención prenatal. Utilizar material visual y testimonios para fortalecer la percepción de la relevancia de los controles.
Componentes del poder	Facilitar herramientas tecnológicas, como aplicaciones móviles, para establecer recordatorios personalizados. Realizar talleres prácticos que enseñen a las gestantes a organizar su tiempo y establecer prioridades.
Capacidad para operacionalizar	Proporcionar herramientas de planificación que faciliten la organización del autocuidado. Realizar evaluaciones individualizadas. Proporcionar recursos prácticos y apoyo continuo para garantizar la aplicación efectiva de estas estrategias.

En la tabla 5 se expone que una gama de estrategias que integran el programa orientado al resguardo del bienestar del feto y salud materna con fundamento en la teoría de Orem que resalta la importancia de incorporar material visual (infografías, folletos, flyers educativos y carteles informativos), charlas informativas de las implicancias de acatar o incumplir con la concurrencia a las revisiones prenatales, aplicativo móvil encaminado a optimizar el servicio médico y mantener una interacción continua con las gestantes, talleres dinámicos acerca de la planificación y cuidado prenatal, asimismo, campañas de despistaje de patología sufridas por las embarazadas con posibilidad de atender el estado emocional como el aspecto físico, además de evaluaciones periódicas de la eficacia de la propuesta que propicie la realización de retroalimentaciones.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo Proponer un programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo”, formulándose como estrategias claves en la adopción de hábitos saludables requeridos en el forjamiento de una cultura de cuidado prenatal las siguientes: Charlas educativas a gestantes, Elaboración de videos e infografías, Diseño de folletos y carteles, Desarrollo de aplicación móvil, Línea de apoyo telefónico, Guías impresas y sesiones de grupo, Registro de Condiciones y Asignación de mentores. Lográndose dar respuesta al objetivo propuesto en la indagación.

Similares resultados se pueden destacar en los antecedentes internacionales, Marko et al. (2019) y Souza et al. (2020) abordaron la eficiencia de aplicativos móviles para el cuidado prenatal, destacando la disminución de visitas presenciales y la optimización de la adherencia al cuidado prenatal mediante el uso de dispositivos móviles. Estos resultados respaldan la inclusión de una aplicación móvil en el programa propuesto. A nivel nacional, Piña (2020) identificó factores sociales, como la edad, costumbres y creencias, que influyen en la adherencia al control prenatal. Costa et al. (2021) demostraron que una aplicación móvil aumentó la asistencia a las consultas prenatales, respaldando la inclusión de tecnología.

Piña (2021) destacó la importancia de intervenciones tempranas para garantizar embarazos saludables, y Tesfaye et al. (2021) resaltaron la necesidad de abordar la falta de asistencia a los controles prenatales. En investigaciones más recientes, Rezaie et al. (2021) demostraron que el asesoramiento sobre autocuidado mejora los hábitos de salud en gestantes adolescentes, y Tesfaye et al. (2021) identificaron predictores que impulsan la adherencia a la suplementación prenatal. Estos resultados respaldan la inclusión de sesiones educativas y el enfoque en el autocuidado en el programa propuesto que vela por la salud materna.

En estudios orientados a la evaluación prenatal, Lozano et al. (2023) resaltaron la importancia de sesiones educativas para fortalecer prácticas sanitarias, y Narváez (2023) no encontró una asociación significativa entre la

adherencia al control prenatal y complicaciones graves. Estos resultados subrayan la relevancia de programas educativos para mejorar la adherencia prenatal y la necesidad de más investigaciones en este campo. Asimismo, estudios de Juárez & Uribe (2021), Churampi (2021), Morocho & Quilcate (2021), Zapata (2023), y Peñaloza (2023) resaltan la importancia de la resiliencia, la calidad de atención, y las características de las gestantes en la adherencia a los controles requeridos en el cuidado prenatal.

En la teoría se destaca que, el programa de autocuidado es un conjunto de actividades y estrategias diseñadas para promover la salud y el bienestar personal. Estos programas están enfocados en empoderar a los individuos para que asuman un papel activo en su propia salud y se responsabilicen de sus decisiones y comportamientos relacionados con el cuidado personal (Centeno-Pérez et al., 2018). Centrándose en la teoría del autocuidado de Orem, la cual postula que el autocuidado es una práctica deliberada y autónoma que los individuos realizan con el fin de mantener la salud y prevenir futuros riesgos mortales o morbilidades.

En relación al objetivo específico 1 referente a “Caracterizar la adherencia al control prenatal en gestantes que acuden a una Microred de Chiclayo”, se mostró el predominio de un nivel bajo de asistencia de las embarazadas a las revisiones médicas requeridas en el progreso de la gestación de 51.5%, lo que significa que más de la mitad no asiste regularmente a las revisiones médicas requeridas durante el progreso de la gestación. Por otro lado, en el estudio de Piña (2020) se destacó que, el 34,9% de las embarazadas quedaron registradas en el control prenatal, debiéndose su falta de adherencia por las costumbres, clima regional, creencias, la distancia geográfica, desigualdades de género y edad.

Lozano et al. (2023), en cambio, detalló que, las gestantes asistieron entre 3 a 4 controles y 65.5% estaban en tercer trimestre. Otro estudio realizado por Juárez & Uribe (2021) destacaron que, solo el 27.3% cumplió con el control prenatal, mientras que el 72.7% no lo hizo. Morocho & Quilcate (2021) por su parte detallaron que, el 46.07% de las gestantes no mostraba adherencia al cuidado prenatal, mientras que el 59.93% sí lo hacía. Además, Peñaloza (2023) destacaron que, la mayoría de las gestantes (59.4%) completaron sus controles

prenatales. Notándose en la teoría de déficit del autocuidado de Orem que, se aplica al fomentar la responsabilidad de la mujer embarazada en el cuidado de su salud y la del feto, así como, el compromiso de instruirse en ese periodo (Prado et al., 2014).

En relación con la dimensión de control prenatal temprano, se observa una baja tasa de adherencia, evidenciada por el 39.2% de gestantes que no siguen las recomendaciones para el seguimiento médico durante el embarazo. Esta cifra sugiere que un porcentaje significativo de mujeres no está llevando a cabo el control prenatal de manera oportuna. En un estudio realizado por Piña (2020), se destacó que el 34.9% de las embarazadas quedaron registradas en el control prenatal, y la falta de adherencia se atribuyó a diversas razones como costumbres, clima regional, creencias, distancia geográfica, desigualdades de género y edad.

Contrariamente, Lozano et al. (2023) detallaron que las gestantes asistieron a entre 3 y 4 controles, y un 65.5% se encontraba en el tercer trimestre. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos resultados podrían variar según las circunstancias individuales y factores socioculturales. En otro estudio llevado a cabo por Juárez & Uribe (2021), se resaltó que solo el 27.3% cumplió con el control prenatal, mientras que el 72.7% no lo hizo. Morocho & Quilcate (2021) aportaron que el 46.07% de las gestantes no mostraba adherencia al cuidado prenatal, mientras que el 59.93% sí lo hacía por la preocupación de contraer complicaciones.

Estas discrepancias subrayan la diversidad de situaciones que influyen en la adherencia al control prenatal. Además, Peñaloza (2023) destacó que la mayoría de las gestantes (59.4%) completaron sus controles prenatales, señalando la necesidad de comprender mejor los factores que contribuyen a la variabilidad en la adherencia. En términos conceptuales, el control prenatal precoz se refiere a la atención médica que recibe una mujer embarazada tempranamente después de confirmar su estado, según lo definido por Casini et al. (2002). Como tal, se respalda lo obtenido en el estudio con la teoría en referencia.

En relación con la dimensión de control periódico, se evidencia un nivel bajo de adherencia, ya que el 45.3% de las gestantes no está cumpliendo con las

revisiones médicas periódicas recomendadas durante el embarazo. Este hallazgo sugiere que un porcentaje considerable de mujeres no sigue de manera adecuada el seguimiento médico regular a lo largo de su gestación. En el estudio de Piña (2020), se resalta que el 34.9% de las embarazadas quedaron registradas en el control prenatal, y se identificaron diversas razones para la falta de adherencia, como costumbres, clima regional, creencias, distancia geográfica, desigualdades de género y edad. Estas barreras pueden estar influyendo de manera significativa en la continuidad del control prenatal periódico, afectando así la salud materna y fetal.

Contrastando con estos resultados, Lozano et al. (2023) detallaron que las gestantes asistieron entre 3 a 4 controles, y el 65.5% se encontraba en el tercer trimestre. Estos datos indican que, a pesar de la baja adherencia general, algunas mujeres logran mantener un seguimiento más regular hacia el final de la gestación. En el estudio de Juárez & Uribe (2021), se destaca que solo el 27.3% cumplió con el control prenatal, mientras que el 72.7% no lo hizo. Morocho & Quilcate (2021) añaden más matices al señalar que el 46.07% de las gestantes no mostraba adherencia al cuidado prenatal, mientras que el 59.93% sí lo hacía. Estas discrepancias subrayan la variabilidad en los patrones de adherencia y la necesidad de comprender las razones subyacentes o factores involucrados en las decisiones.

Adicionalmente, Peñaloza (2023) destacó que la mayoría de las gestantes (59.4%) completaron sus controles prenatales. Este resultado sugiere que, a pesar de las dificultades encontradas en otros estudios, una proporción significativa de mujeres logra mantener una frecuencia adecuada de revisiones médicas a lo largo del embarazo. En términos conceptuales, el control prenatal periódico se refiere al seguimiento médico regular y programado que recibe una mujer embarazada a lo largo de toda la gestación, según la definición de Casini et al., (2002). Es evidente que existe una complejidad en la adherencia a este tipo de control, influenciada por factores multifacéticos, y la comprensión de estas dinámicas puede ser crucial para diseñar estrategias efectivas que promuevan la salud materno-fetal.

Y en relación con la dimensión de control integral, se evidencia un nivel bajo de adherencia, con un 44.7% de gestantes que no siguen de manera integral las recomendaciones y pautas médicas durante todo el proceso de gestación. Este hallazgo destaca la necesidad de abordar de manera más completa y holística la atención médica durante el embarazo. En el estudio de Piña (2020) se resalta que el 34.9% de las embarazadas quedaron registradas en el control prenatal, y se identificaron diversas barreras para la adherencia, como costumbres, clima regional, creencias, distancia geográfica, desigualdades de género y edad. Estos factores pueden estar contribuyendo significativamente a la falta de un enfoque integral en la atención prenatal que acrecientan los riesgos mortíferos prevenibles.

Contrastando con estos resultados, Lozano et al. (2023) detallaron que las gestantes asistieron entre 3 a 4 controles. Aunque este grupo muestra una mayor frecuencia de asistencia a controles, es esencial destacar que la integralidad del cuidado prenatal va más allá de la frecuencia de las visitas médicas. En el estudio de Juárez & Uribe (2021), solo el 27.3% cumplió con el control prenatal, asimismo, Morocho & Quilcate (2021) señalaron que el 46.07% de las gestantes no mostraba adherencia al cuidado prenatal. Por otro lado, Peñaloza (2023) destacó que la mayoría de las gestantes (59.4%) completaron sus controles prenatales. Esto indica que, a pesar de las dificultades encontradas en otros estudios, una proporción significativa de mujeres logra mantener un seguimiento más completo.

Desde una perspectiva teórica, el control prenatal integral se refiere a un enfoque holístico y completo en la atención médica durante el embarazo, según la definición de Casini et al. (2002). Los resultados obtenidos sugieren la importancia de abordar no solo la frecuencia de las visitas médicas, sino también la calidad y la cobertura de los servicios, así como la superación de barreras socioculturales para lograr un cuidado prenatal integral y efectivo. Además, el control prenatal integral debe abordar factores socioeconómicos y culturales que puedan influir en la atención recibida, garantizando así una atención equitativa y de calidad para todas las mujeres embarazadas, en aras de minimizar los casos de morbimortalidades.

Asimismo, el objetivo específico 2 se atribuyó a “Establecer fundamentos teóricos que concedan aportes científicos a la propuesta de autocuidado que promueve la adherencia al monitoreo prenatal”, destacando el modelo de autocuidado de Orem. La similitud clave con otros estudios (Soto, 2020; Lozano et al., 2023) radica en la importancia de establecer fundamentos teóricos sólidos. Así como el presente estudio se apoya en el modelo de autocuidado de Orem, otros también han utilizado bases teóricas para respaldar sus propuestas y comprender mejor los factores que afectan la adherencia al control prenatal. La elección del modelo de autocuidado de Orem como base teórica es similar a cómo otros estudios han optado por marcos teóricos específicos (Costa et al., 2021; Piña, 2021).

La utilización de modelos teóricos proporciona una estructura conceptual que puede guiar el diseño y la implementación de intervenciones para promover el autocuidado y mejorar la adherencia. Aunque varios estudios han recurrido a modelos teóricos para respaldar sus intervenciones, la elección de un modelo en particular puede variar. Destacándose que el presente estudio destaca el modelo de autocuidado de Orem, la literatura revela que, modelos similares según las necesidades específicas de las gestantes, siendo importante el de Orem por su gran aceptación y difusión (Rezaie et al., 2021; Morocho & Quilcate, 2021).

Referente al objetivo específico 3 correspondiente a “Diseñar un programa de autocuidado que fomenta la adherencia a las evaluaciones médicas prenatales en gestantes que asisten a una Microred de salud situada en Chiclayo”, el cual, se efectuó en base a una realidad caracterizada por las gestantes en relación a aumentar la adherencia al control prenatal. Similar a Marko et al. (2019), que propusieron un programa de autocuidado mediante un aplicativo móvil para mejorar el cuidado prenatal en Washington DC, donde se reconoce la importancia de intervenciones específicas para fomentar el autocuidado, mejorar la adherencia a las evaluaciones médicas prenatales y forjar una actitud positiva hacia la responsabilidad materna.

En concordancia con Souza et al. (2020) implementaron un aplicativo móvil para mejorar la adherencia de mujeres embarazadas a consultas prenatales en Brasil, el nuevo estudio también se orienta a diseñar un programa de

autocuidado. Ambos reconocen la necesidad de estrategias específicas para fomentar el autocuidado y mejorar la asistencia a las evaluaciones médicas prenatales. En sintonía con Morocho & Quilcate (2021) que analizaron la relación entre la atención prenatal y la adherencia al cuidado prenatal en el Hospital de Babahoyo, el presente estudio busca diseñar un programa de autocuidado. Ambos reconocen la importancia de programas específicos para mejorar los niveles de adhesión a las prescripciones médicas sugeridas por las autoridades que velan por la salud.

En consonancia con Peñaloza (2023) que investigó cómo las características de las gestantes se relacionan con el cumplimiento de los controles prenatales en San Juan de Miraflores, el nuevo estudio también se orienta a diseñar un programa de autocuidado. Ambos estudios reconocen la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la asistencia a las evaluaciones médicas prenatales de forma concurrente y adherirse a lo indicado. A diferencia de Rezaie et al. (2021) que estudiaron los efectos del asesoramiento acerca del autocuidado en gestantes adolescentes en Irán, el presente estudio se centra en el diseño de un programa de autocuidado sin evaluar directamente los efectos de una intervención específica.

Mientras Rezaie busca demostrar los efectos de un asesoramiento específico, el nuevo estudio se enfoca en la planificación y diseño del programa. En comparación con Zapata (2023) cuyo estudio investigó cómo la calidad asistencial se relaciona con el control prenatal de gestantes en un hospital en Babahoyo, el nuevo estudio no aborda directamente la relación entre calidad asistencial y adherencia, sino que se enfoca en diseñar un programa de autocuidado. Mientras que Zapata explora la relación entre calidad asistencial y adherencia, el nuevo estudio se centra en la planificación y diseño del programa de autocuidado.

Es así que, el diseño del programa de autocuidado propuesto en este estudio se relaciona de manera coherente con la teoría de Orem donde se reconoce la importancia de estrategias específicas para mejorar la adherencia al cuidado prenatal (Dehghan, 2014) especialmente en contextos como el de La Victoria. La implementación exitosa de este programa contribuye significativamente a

fortalecer el autocuidado de las gestantes y mejorar la asistencia a las evaluaciones médicas prenatales en la Microred específica. Considerando que, las gestantes deben participar activamente en su propio cuidado, seguir las recomendaciones médicas y adoptar comportamientos saludables que resguarden el bienestar del feto.

Concerniente al objetivo específico 4 relacionado a “Validar el programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes que concurren a una Microred de Chiclayo”. Al igual que en estudios previos (Marko et al., 2019; Souza et al., 2020) el presente estudio reconoce la importancia de la validación como una etapa esencial para garantizar la eficacia y pertinencia del programa de autocuidado diseñado. La validación se considera crucial para evaluar la efectividad y la aplicabilidad del programa en el contexto específico de las gestantes que concurren a la Microred de Chiclayo. La preocupación por evaluar la efectividad de las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia al control prenatal es un punto común en los estudios (Rezaie et al., 2021; Zapata, 2023).

Al igual que en investigaciones anteriores (Morocho & Quilcate, 2021; Peñaloza, 2023), el presente estudio se centra en la población específica de gestantes. La necesidad de diseñar intervenciones específicas y programas de autocuidado adaptados a las necesidades únicas de las gestantes es un punto de convergencia en la literatura. A diferencia de algunos estudios que se han centrado en aplicativos móviles (Marko et al., 2019; Souza et al., 2020) el presente estudio se orienta hacia un programa de autocuidado más amplio. Esta diferencia destaca la variedad de enfoques para abordar la adherencia al control prenatal, reconociendo que las intervenciones pueden variar en formato y contenido.

A diferencia de estudios que se han llevado a cabo en diferentes lugares como Brasil (Souza et al.2020) y Washington DC (Marko et al. 2019) el presente estudio se sitúa en La Victoria. El contexto geográfico y cultural local puede introducir variaciones en las dinámicas de salud y requerimientos específicos, lo que subraya la necesidad de adaptar el programa de autocuidado a este entorno particular. A diferencia de algunos estudios que se han enfocado en gestantes adolescentes (Rezaie et al., 2021) o en situaciones de vulnerabilidad (Peñaloza,

2023), el presente estudio se dirige a gestantes que concurren a una Microred en La Victoria. La diversidad en la población estudiada resalta la importancia de personalizar las intervenciones según las características específicas de la población objetivo.

En la parte teórica, la teoría de Orem respalda esta diversidad al proporcionar un marco que se adapta a diferentes modalidades de intervención, siempre y cuando se promueva la autonomía y la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud. Respaldado con los principios de la teoría de Orem, que aboga por un enfoque individualizado en el autocuidado, reconociendo que cada persona tiene necesidades y capacidades únicas para el cuidado de su salud (Dehghan, 2014). Además, al promover la autonomía y la autorresponsabilidad, la teoría de Orem fomenta que las gestantes participen activamente en su propio cuidado, lo cual es esencial para el éxito de cualquier programa de autocuidado.

VI. CONCLUSIONES

1. Se elaboró una propuesta de un programa enmarcado al autocuidado que promueve la concurrencia a las revisiones médicas, adherencia al consumo de vitaminas junto a hábitos saludables durante el periodo prenatal a través de la ejecución de charlas educativas, difusión de infografías y vídeos didácticos en plataformas digitales, incorporación de aplicativo móvil en la atención médica a las gestantes, campañas de despistaje y evaluaciones médicas periódicas de la salud materna y bienestar del feto.
2. Se identificó el predominio de un nivel bajo de adherencia a las evaluaciones médicas señaladas a las gestantes en un 51.50% debido a la escasa asistencia a las revisiones médicas requeridas en el periodo prenatal por dificultades en el acceso inmediato al servicio médico integral, deficiente cultura de cuidado materno y salud del feto, asimismo, problemas en la atención por poca empatía, afabilidad y prontitud.
3. Se optó por el modelo teórico de autocuidado propuesto por Orem en otorgar un sustento científico a la propuesta sugerida en incrementar los niveles de adherencia a las revisiones médicas, así como, fomentar la educación acerca de rutinas alimenticias, exámenes médicos integrales, actividad física necesarias e identificación de signos articulados a posibles complicaciones.
4. Se diseñó un programa enmarcado al autocuidado que fomente una cultura de adherencia a la protección de la salud materna y fetal en gestantes, el cual, comprende la implementación de un aplicativo móvil que optimice la atención médica, ejecución de campañas informativas acerca de los cuidados y signos de alertas de complicaciones, difusión de una gama de información de rutinas saludables y exámenes a someterse la paciente, además de capacitar al profesional obstetra e incorporar herramientas de control efectivos.
5. Se efectuó la validación del programa referido al autocuidado que impulsa a la adherencia a las evaluaciones médicas prenatales por medio de la evaluación exhaustiva realizada por un staff de especialistas en relación a aspectos de pertinencia de las actividades propuestas, objetividad de las metas sugeridas, la eficacia de cada estrategia e idoneidad de los controles y la sostenibilidad de la intervención.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Gerente de la Microred de Chiclayo introducir procedimientos que agilicen la atención requerida por las gestantes en un periodo oportuno con el otorgamiento de un trato empático que inspire seguridad, compromiso y confianza en las pacientes con las revisiones médicas y cuidados periódicos a adherirse en el transcurso del periodo prenatal.
2. Se recomienda al Gerente de la Microred de Chiclayo fortalecer una serie de capacidades técnicas en el profesional obstetra que imparten atención médica y educación sanitaria a las gestantes a través de capacitaciones periódicas vinculadas a servicio integral, seguimiento de registros de las evaluaciones médicas, dominio de los aplicativos móviles y difusión de un acervo de información de los cuidados prenatales en los medios virtuales.
3. Se sugiere al Jefe de la Microred localizada en el distrito de Chiclayo la ejecución de programas enfocados en el autocuidado que fomenten la asistencia periódica a las evaluaciones médicas integrales, los cuales, comprendan la incorporación de procedimientos o herramientas como aplicativos móviles que agilicen la atención médica, además de la ejecución de campañas de concientización a las gestantes acerca de hábitos saludables, exámenes médicos y cuidados a realizarse en el periodo prenatal en las instalaciones y plataformas digitales.
4. Se sugiere al profesional obstetra de la Microred de Chiclayo fortalecer una serie de actividades preventivas por medio de una evaluación rigurosa a los programas dedicados a fomentar los cuidados de salud materno – fetal, con el propósito de integrar cambios efectivos en los procedimientos involucrados en la atención oportuna a las necesidades requeridas por las gestantes en su bienestar y contrarrestar posibles complicaciones perjudiciales a su salud y desarrollo óptimo del feto.
5. Se sugiere al profesional de salud efectuar investigaciones relacionadas a identificar la eficacia de los programas de cuidado prenatal ejecutados en el nivel de concurrencia de las gestantes a los diferentes controles requeridos en la disminución de complicaciones mortales prevenibles.

VIII. PROPUESTA

A partir del diagnóstico desarrollado acerca de la adherencia mostrada por las gestantes a las evaluaciones médicas, se procedió a efectuar una búsqueda cautelosa de los fundamentos teóricos que otorguen rigor a la propuesta. (anexo 8).

El programa de autocuidado es una herramienta enfocada a promover el desarrollo consciente de conductas que mantienen y resguardan el bienestar físico, emocional y psicológico (Myers et al., 2012). Según Orem, el autocuidado es esencial para mantener la salud y prevenir enfermedades. Este modelo teórico enfatiza la responsabilidad del individuo en su propio cuidado. El programa se alinea con esta teoría al empoderar a las gestantes para que asuman un papel activo en su salud prenatal, fomentando conductas y decisiones saludables.

La atención prenatal desempeña un papel fundamental en el bienestar materno-fetal, y la adherencia a las evaluaciones médicas durante el embarazo es esencial para garantizar un desarrollo gestacional saludable. Sin embargo, el diagnóstico revela un nivel de adherencia subóptimo por parte de las gestantes que concurren a la Microred de Chiclayo. Con el objetivo de abordar esta problemática, se ha diseñado un programa de autocuidado específicamente orientado a mejorar la adherencia al control prenatal.

El objetivo principal de este programa de autocuidado es empoderar a las gestantes, brindándoles las herramientas necesarias para asumir un papel activo en su salud prenatal. Al alinearse con la teoría de Orem, el programa busca fomentar conductas y decisiones saludables que contribuyan a mejorar la adherencia al control prenatal.

A través de esta propuesta, no solo se busca abordar la problemática de la baja adherencia, sino también promover un enfoque holístico que considere el bienestar físico, emocional y psicológico de las gestantes. Al fortalecer la capacidad de autocuidado de las mujeres embarazadas, se espera mejorar su experiencia durante el embarazo y contribuir al desarrollo saludable tanto de la gestante como del feto.

El presente trabajo detalla los componentes clave de nuestro programa de autocuidado, destacando su alineación con la teoría de Orem y su potencial impacto en la mejora de la adherencia al control prenatal en el contexto específico de la Microred de salud localizada en Chiclayo.

Objetivos:

Objetivo general:

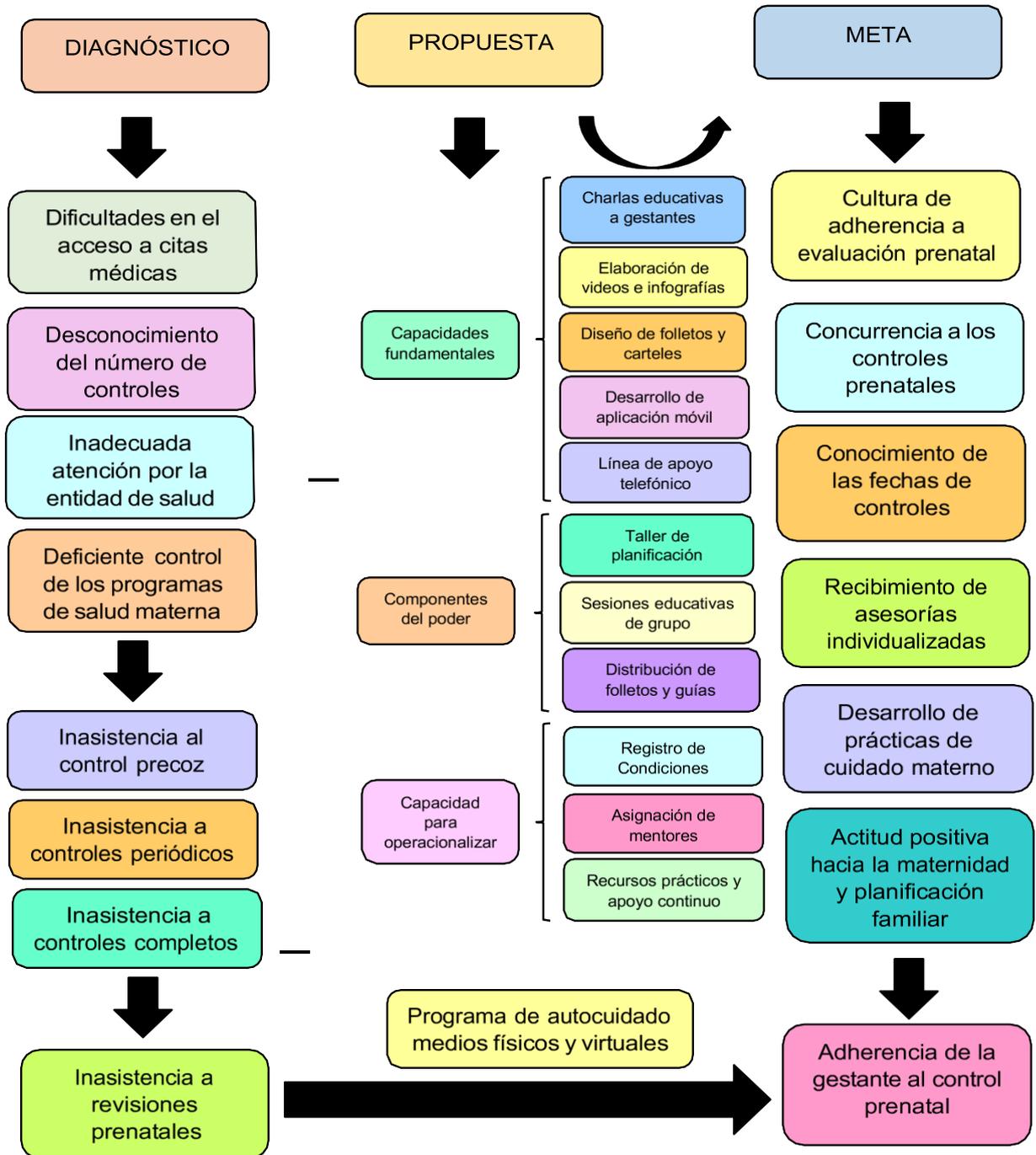
Empoderar a las gestantes a través de un programa de autocuidado, brindándoles las herramientas necesarias para asumir un papel activo en su salud prenatal

Tabla 6

Fundamento teórico de la propuesta.

Teorías	Detalle
Modelo del autocuidado de Orem	El autocuidado es esencial para mantener la salud y prevenir enfermedades. Este modelo teórico enfatiza la responsabilidad del individuo en su propio cuidado. El programa se alinea con esta teoría al empoderar a las gestantes para que asuman un papel activo en su salud prenatal, fomentando conductas y decisiones saludables (Myers et al., 2012).
'Los siete pilares del autocuidado' (7PSC) de Webber et al. (2013)	(i) el conocimiento y la alfabetización sanitaria, (ii) el bienestar mental, la autoconciencia y la agencia, (iii) la actividad física, (iv) la salud alimentación, (v) prevención y mitigación de riesgos, (vi) buena higiene, y (vii) uso racional de productos y servicios. Este marco podría utilizarse como punto de referencia para comparar las prácticas de autocuidado entre la población general y como herramienta para apoyar la evaluación pragmática de las iniciativas de autocuidado (El-Osta et al., 2019).

Esquema del diseño de un programa de autocuidado orientado a la adherencia a evaluaciones médicas en gestantes que concurren a una Microred de Chiclayo:



REFERENCIAS

- Adamou, N., Abdul, S., & Umar, U. (2020). Delays in accessing antenatal care services in a developing nation tertiary health center. *Sahel Medical Journal*, 23(2).
- Alva, P. (2018). *Apoyo social y agencia de autocuidado en el paciente con diabetes mellitus del programa de control y prevención de enfermedades no transmisibles del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II – Comas 2018*. Lima: Universidad César Vallejo. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/28034/Alva_LPN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bressi, S., & Vaden, E. (2017). Reconsidering self-care. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 33-38. doi:<https://doi.org/10.1007/s10615-016-0575-4>
- Cáceres-Manrique, F. (2009). Un Control Prenatal: Una reflexión urgente. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(2). Obtenido de <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342>
- Carvajal, J. (2023). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile: Departamento Gineco-Obstetricia. Obtenido de https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf
- Casini, S., Lucero, G., Hertz, M., & Andina, E. (2002). Guia de control prenatal. Embarazo normal. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 21(2), 51-62. Obtenido de https://www.sarda.org.ar/images/2002_Guia_de_Control_prenatal.pdf
- Centeno-Pérez, M., Mata-García, A., Plascencia-Ordaz, M., Benítez-Salinas, F., & Campos-Rosas, B. (2018). Modelo de autocuidado de enfermería

perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*.

doi:10.1016/j.rprh.2018.01.005

Chama-Chiliba, C., & Koch, S. (2015). Utilization of focused antenatal care in Zambia: examining individual- and community-level factors using a multilevel analysis. *Health Policy and Planning*, 30(1), 78-87. doi:https://doi.org/10.1093/heapol/czt099

Churampi, J. (2021). *Calidad de atención del obstetra y adherencia de las gestantes al control prenatal del Centro de Salud de Huancavelica 2018*. Huancayo: Universidad Nacional Del Centro Del Perú. Obtenido de https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/7411/T01_0_42617574_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Colman, D., Echon, R., Lemay, M., McDonald, J., Smith, K., Spencer, J., & Swift, J. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. *Training and Education in Professional Psychology*, 10(4), 188-197. doi:https://doi.org/10.1037/tep0000130

Coo, C., & Salanova, M. (2018). Mindfulness can make you happy-and productive: A mindfulness controlled trial and its effects on happiness, work engagement and performance. *Journal of Happiness Studies*, 19(6), 1691-1711. doi:https://doi.org/10.1007/s10902-017-9892-8

Costa, F., Noleto, W., da Costa, R., Morais, V., Moreira, R., Ribeiro, V., & Rosendo, R. (2021). Efectividad de aplicaciones móviles en la adherencia de gestantes a las consultas prenatales: ensayo clínico aleatorizado. *Rev. bras. enferm.*, 74. doi:https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0599

De Paula, M., & Aparecida, D. (2023). Quality assessment of prenatal and puerperium care. *Einstein (Sao Paulo)*, 21.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10382073/>

Defensoría del Pueblo. (2020). *Violencia obstétrica en el Perú*. Fondo de Población de las Naciones Unidas en el Perú. Obtenido de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obst%C3%A9trica.pdf>

Dehghan, N. (2014). *Theory and Theories of Nursing*. Tehran: Hakim Heijadi Pub.

Dennis, M., Benova, L., Abuya, T., Quartagno, M., Bellows, B., & Campbell, O. (2019). Initiation and continuity of maternal healthcare: examining the role of vouchers and user-fee removal on maternal health service use in Kenya. *Health Policy and Planning, 34*(2), 120–131. doi:10.1093/heapol/czz004

Depner, R., Cook-Cottone, C., & Kim, S. (2020). Structural relationship between mindful self-care, meaning made, and palliative worker's quality of life. *International Journal of Stress Management, 28*(1), 74-87. doi:<https://doi.org/10.1037/str0000209>

El-Osta, A., Webber, D., Gnani, S., Banarsee, R., Mummery, D., Majeed, A., & Smith, P. (2019). The self-care matrix: a unifying framework for self-care. *Self-Care, 10*, 38-56. Obtenido de <https://selfcarejournal.com/article/the-self-care-matrix-a-unifying-framework-for-self-care/>

Fernández, J., & Zapata, F. (2019). Indirect maternal mortality and prenatal control. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 12*(2). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85149773825&doi=10.35434%2frcmhnaaa.2019.122.517&partnerID=40&md5=deb6fda625eab276e63d0db231d7450d>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (23 de Febrero de 2023). *Según organismos de Naciones Unidas, cada dos minutos muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto*. Obtenido de <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-complicaciones-embarazo-parto>

Garland, E., Kiken, L., Faurot, K., Palsson, O., & Gaylord, S. (2017). Upward spirals of mindfulness and reappraisal: Testing the mindfulness-to-meaning theory with autoregressive latent trajectory modeling. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 381-392. doi:<https://doi.org/10.1007/s10608-016-9768-y>

Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: Editorial Mc Graw Hill Education.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Salud Materna*. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/pdf/cap008.pdf

Izugbara, C., & Wekesah, F. (2018). What does quality maternity care mean in a context of medical pluralism? Perspectives of women in Nigeria. *Health Policy and Planning*, 33(1), 1-8. Obtenido de <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85040676826&origin=inward&txGid=945923700b62e6f554f8419745899db6>

- Juárez, I., & Uribe, Y. (2021). *Nivel de Resiliencia en Gestantes Adolescentes y su Relación con la Adherencia al Control Prenatal. Hospital II Chocope ESSALUD. 2020*. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Obtenido de https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/8391/1/REP_LLI_NA.JUAREZ_YULIA.URIBE_TITULO.DE.LA.TESIS.NIVEL.pdf
- Lattof, S., Moran, A., Kidula, N., Moller, A., Jayathilaka, C., Diaz, T., & Tunçalp, O. (2020). Implementation of the new WHO antenatal care model for a positive pregnancy experience: A monitoring framework. *BMJ Global Health*, 5(6). Obtenido de <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85086936881&origin=inward&txGid=640c788de51cbbf6c5e85ee541f1a01a>
- Lavender, T., Bedwell, C., Blaikie, K., Danna, V., Sutton, C., Kasengele, C., . . . Laisser, R. (2020). Journey of vulnerability: A mixed-methods study to understand intrapartum transfers in Tanzania and Zambia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). Obtenido de <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85084728778&origin=inward&txGid=d133476edd5e85761a9f00a2f122794a>
- Lozano, J., Yopasa, D., & Cetares, M. (2023). Adherencia a Control Prenatal de Gestantes que asisten al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Asociación Esperanza y Progreso Primera de Mayo. *Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, 9, 1-16. doi:<https://doi.org/10.46661/relies.7863>

- Manyeh, A., Amu, A., Williams, J., & Gyapong, M. (2020). Factors associated with the timing of antenatal clinic attendance among first-time mothers in rural southern Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-7. doi:10.1186/s12884-020-2738-0
- Marko, K., Ganju, N., Krapf, J., Gaba, N., Brown, J., Benham, J., . . . Meltzer, A. (1 de Mayo de 2019). A Mobile Prenatal Care App to Reduce In-Person Visits: Prospective Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 7(5), 1-8. Obtenido de <https://mhealth.jmir.org/2019/5/e10520/>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). *Retos regionales en población y desarrollo en el Año del Bicentenario*. Obtenido de <https://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/evidencias/Mimp2021b.pdf>
- Morocho, K., & Quilcate, R. (2021). *Atención prenatal y adherencia del cuidado prenatal de las gestantes del servicio de obstetricia atendidas en el centro de salud San Juan de Miraflores, 2021*. Chincha: Universidad Autónoma De Ica. Obtenido de <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1804/3/Roxana%20Analy%20Quilcate%20Julca.pdf>
- Myers, S., Sweeney, A., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55-66. doi:<https://doi.org/10.1037/a0026534>
- Narváez, E. (2023). *Evaluación de adherencia de un programa de control prenatal y su relación con la morbilidad materna extrema en Cartagena durante el 2019 y 2020*. Barranquilla: Universidad del Norte. Obtenido de <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/11575/10473794>

74.pdf?sequence=1&isAllowed=y

NTS N°105 MINSA/DGSP. (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna*. Lima: MINSA. Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf

OECD/The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD Publishing. Obtenido de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/740f9640-es.pdf?expires=1695339336&id=id&accname=guest&checksum=EA43C2C2C15EB20BC4D368E8ABA599D3>

Organización Mundial de la Salud. (22 de Febrero de 2023). *Mortalidad materna*. Obtenido de who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Peñaloza, M. (2023). *Características de la gestante y adherencia al control prenatal en un centro de salud MINSA, Lima, 2022*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19568/Pen%C3%B1aloza_am.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Piña, E. (2020). Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. *Revista Publicando*, 7(26), 54-62. Obtenido de <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2136>

Piña, E. (2021). *Determinantes de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal en mujeres que han finalizado su parto en el hospital Básico de Sucúa, noviembre 2019 a abril 2020*. Milagro: Universidad Estatal De Milagro. Obtenido de <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5751/1/PI%C3%91A%20CALLE%20ESTEBAN%20ARMANDO.pdf>

- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6). Obtenido de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wJwMRY7eQ0YJ:scielo.sld.cu/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1684-18242014000600004&hl=es-419&gl=pe
- Rezaie, R., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Nemati, F., & Mirghafourvand, M. (27 de Octubre de 2021). The efect of self-care counseling on health practices of adolescent pregnant women: a randomized controlled trial. *Pub Med Central*, 1-11. Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8548696/pdf/12884_2021_Article_4203.pdf
- Robalino, R., Palzzi, N., Aldaz, L., Cabay, G., & Chicaiza, P. (2022). Programa educativo de autocuidado para pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista de Investigación Talentos*, 9(1). doi:<https://doi.org/10.33789/talentos.9.1.157>
- Sakuma, S., Yasuoka, J., Phongluxa, K., & Jimba, M. (2019). Determinants of continuum of care for maternal, newborn, and child health services in rural Khammouane, Lao PDR. *PLoS One*, 14. doi:[10.1371/journal.pone.0215635](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215635)
- Schwarcz, R., Uranga, A., Lomuto, C., Martinez, I., Galimberti, D., García, O., . . . Queiruga, M. (2001). *El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal*. La Plata: Ministerio de Salud de la Nación. Obtenido de <http://www.bvspediatria.org.ar/prenatal.pdf>

Souza, F., Santos, W., Santos, R., Silva, V., Abrantes, R., Soares, V., & Silval, R. (10 de Diciembre de 2020). Effectiveness of mobile applications in pregnant women's adherence to prenatal consultations: randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem Reben*, 1-8. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/bMbrTjckgsQPm8HpjZfTZR/?format=pdf&lang=en>

Tesfaye Mamo, T., Ashenafi, E., Alemayehu Gube, A., & Bekele, T. (22 de Marzo de 2021). Adherence to prenatal iron–folic acid supplementation and associated factors among pregnant women attending antenatal care services in Dilla town, South Ethiopia. *Medicine Access @ Point of Care*, 5, 1-9. Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23992026211008805>

Urpi-Fernandez, A., Zabaleta-Del-Olmo, E., Montes-Hidalgo, J., Tomas-Sabado, J., Roldan-Merino, J., & Lluch-Canut, M. (2017). Instruments to assess self-care among healthy children: A systematic review of measurement properties. *J Adv Nurs.*, 73(12), 2832-2844. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.13360>

Valizadeh, S., Soheili, A., Moghbeli, G., & Aliafsari, E. (2017). Applicability of Orem's self-care model in Iran: An integrated review. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*, 15, 313-328.

Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2013). Self-care in health: we can define it, but should we also measure it? *SelfCare Journal*, 4(5), 101-106.

Wise, E., Hersh, M., & Gibson, C. (2012). Professional psychology: Research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487-494. doi:<https://doi.org/10.1037/a0029446>

World Health Organization. (2014). *Self care for health*. 2014: WHO Regional Office for South-East Asia.

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Switzerland: World Health Organization.

Obtenido de

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/97892415?sequence=1>

Zahniser, E., Rupert, P., & Dorociak, K. (2017). Self-care in clinical psychology graduate training. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(4), 283-289. doi:<https://doi.org/10.1037/tep0000172>

Zapata, B. (2023). *Calidad asistencial y su relación con el control prenatal de gestantes en un hospital de Babahoyo Ecuador 2022*. Piura: Universidad

César Vallejo. Obtenido de

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/109395/Zapata_FBG-SD.pdf?sequence=4

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variables de Estudio.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Dimensiones.	Indicadores.	Escala de medición.
Variable independiente: Programa de autocuidado	Herramienta enfocada a promover el desarrollo consciente de conductas que mantienen y resguardan el bienestar físico, emocional y psicológico (Myers et al., 2012).	El programa se estructurará incluyendo las capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar.	Componentes de poder	Percepción Memoria Orientación Habilidades para ordenar autocuidado Capacidad de integración	Ordinal
			Capacidades fundamentales	Condiciones en las que se encuentra con su entorno	
			Capacidad para operacionalizar		

Variable dependiente: Adherencia al control prenatal	Implica no solo asistir a las revisiones programadas, sino también respetar y llevar a cabo de manera consciente y responsable las recomendaciones médicas y las pautas de autocuidado que se le ofrecen durante el seguimiento del embarazo (Cáceres-Manrique, 2009).	Se medirá a través de las dimensiones correspondientes a precoz o temprano, periódico o continuo y completo e integral.	Precoz o temprano	Inicio del control prenatal	Ordinal
			Periódico o continuo	Importancia del control prenatal	
			Completo e integral	Frecuencia del control prenatal	

Anexo 2. Ficha técnica del instrumento de recojo de datos respecto a la adherencia al control prenatal

Autor original: Mejía Arias, Yesenia del Pilar

Año: 2018

Adaptado por: Flores Alvarado, Vanessa

Año de adaptación: 2023

Totalidad de ítems: 28 ítems

Escala: Ordinal

Dimensiones:

- Precoz o temprano (ítem 1 al 5).
- Periódico o continuo (ítem 6 al 15).
- Completo e integral (ítem 16 al 28).

Administración: Individual o conjunta

Tiempo de aplicación: Un periodo aproximado de 10 minutos

Baremos de la escala general: bajo de 0 a 8 puntos, moderado de 9 a 18 puntos y alto de 19 a 28 puntos.

Baremos por dimensiones:

- Control precoz o temprano: Nivel bajo de 0 a 1, moderado de 2 a 3 puntos y alto de 4 a 5 puntos.
- Control periódico o continuo: Categorías de nivel bajo de 0 a 3 puntos, moderado de 4 a 7 puntos y alto de 8 a 10 puntos,
- Control completo e integral: Valores de interpretación de nivel alto de 9 a 13 puntos, moderado de 5 a 8 puntos y bajo de 0 a 4 puntos.

Anexo 3. Instrumento de recojo de datos acerca de la adherencia al control prenatal

Estimada gestante, conforme a cada pregunta se solicita marque la alternativa que más le parezca acertada. Agradecemos su disponibilidad y objetividad.

Datos generales:

I. Características sociodemográficas.

Edad:

- a) < 12^a ()
- b) 12-17^a ()
- c) 18-29^a ()
- d) 30-59^a ()

Estado civil:

- a) Casada ()
- b) Conviviente ()
- c) Soltera ()
- d) Divorciada ()
- e) Viuda ()

Grado de instrucción:

- a) () Inicial
- b) () Primaria incompleta
- c) () Primaria completa
- d) () Secundaria incompleta
- e) () Secundaria completa
- f) () Superior No universitario
- g) () Superior universitario
- h) () Sin estudios

Ocupación:

- a) Estudiante ()
- b) Ama de casa ()

- c) Dependiente ()
- d) Independiente ()

Instrucciones:

Estimada gestante, el presente cuestionario presenta el propósito de compilar información relevante acerca de la adherencia al control prenatal. Lea detenidamente cada una de las preguntas y marca los recuadros con un (X). Agradecemos su disponibilidad y objetividad.

Donde:

- Si: 1
- No: 0

Ítems	Si	No
Dimensión 1: Control precoz o temprano		
1. Inició su control de embarazo en este establecimiento, en los primeros tres meses de gestación.		
2. Acudió al establecimiento ni bien se enteró de la gestación.		
3. Cree usted que el control prenatal es importante.		
4. Se le identifico algún factor de riesgo, en el primer control prenatal o primera vez que acudió al establecimiento		
5. La fecha probable de parto concuerda con la fecha de última regla.		
Dimensión 2: Control periódico o continuo		
6. La frecuencia de las citas hasta antes de los siete meses fue cada mes.		
7. La frecuencia de las citas durante el sétimo mes al octavo mes fue cada quincena.		
8. La frecuencia de las citas del octavo mes al noveno mes fue semanal.		
9. Tiene más de cinco controles prenatales.		

10. Fue evaluada en cada control prenatal.		
11. Cumple con las indicaciones en cada control.		
12. Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal.		
13. Cree que el número de controles garantiza un buen parto.		
14. Considera que el horario de atención es adecuado, para asistir a su control.		
15. Acudió a la cita en la fecha indicada.		
Dimensión 3: Control integral		
16. Fue derivada a ginecología o medicina.		
17. Fue atendida en nutrición.		
18. Fue atendida en odontología.		
19. Recibió la vacuna contra el tétano		
20. Le realizaron los análisis de rutina al menos en dos oportunidades.		
21. Considera que el control prenatal lo manejaban adecuadamente.		
22. Recibió sulfato ferroso al menos cada mes y cumplió con el tratamiento.		
23. Le explicaron sobre los signos de alarma.		
24. Asistió a clases de psicoprofilaxis.		
25. Le solicitaron ecografía en cada trimestre (los tres primeros meses, del cuarto al sexto mes y en los últimos tres meses).		
26. Recibió consejería en Planificación Familiar.		
27. Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones.		
28. Le realizaron Papanicolau durante la gestación.		

Anexo 4. Validación del instrumento de recojo de datos acerca de la adherencia al control prenatal

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS 03

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de La Victoria"

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Instrumento de recojo de datos acerca de la adherencia de al control prenatal

TESISTA:

Lic. Vanessa Flores Alvarado.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO: SI

NO

Chiclayo, 24 de octubre de 2023

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP. REG. DOC. "AS MERCEDES" CHICLAYO

Dra. Olga Carranza Bustamante
CEP: 71866 RNE: 18346

Grado y Nombre del Experto:
Dra. OLGA CARRANZA BUSTAMANTE

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Adherencia al control prenatal”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Olga Lucia del Carmen Carranza Bustamante
Grado profesional:	Maestría () Doctor (x)
Área de formación académica:	Clínica (x) Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Lic. En Enfermería
Institución donde labora:	Hospital Regional Docente Las Mercedes
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la prueba:	Adherencia al control prenatal
Autor(a):	Mejía (2018) Adaptado por Flores Alvarado, Vanessa
Procedencia:	Peruana
Administración:	Individual o colectiva
Tiempo de aplicación:	25 minutos aproximadamente
Ámbito de aplicación:	Servicio obstétrico en un Centro de salud
Significación:	Totalidad de ítems: 28 ítems Escala: Ordinal Dimensiones: - Precoz o temprano (ítem 1 al 5). - Periódico o continuo (ítem 6 al 15).

	- Completo e integral (ítem 16 al 28).
--	--

4. Soporte teórico

(describir en función al modelo teórico)

Variable o categoría	Dimensiones o subcategorías	Definición
Variable dependiente: Adherencia al control prenatal	Precoz o temprano	Iniciar el control en el primer trimestre del embarazo; esto ayudara a tomar medidas preventivas promocionales que viene a ser el fin que persigue el control prenatal (Aguilera, 2011).
	Periódico o continuo	Frecuencia del control prenatal debe ser hasta las 28 semanas de gestación de manera mensual, de las 28 a 36 semanas de manera quincenal y desde las 36 semanas debería ser semanal (Munares, 2014).
	Completo e integral	Se va considerar completo cuando se cumplió con los objetivos determinados por el ministerio de salud durante todo el embarazo y en un tiempo adecuado (Munares, 2014).

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el cuestionario Adherencia al control prenatal elaborado por Mejía en el año 2018 adaptado por Flores (2023). De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.

RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brindes sus observaciones que considere pertinente.

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento:

Primera dimensión: Precoz o temprano

Objetivo de la dimensión: Mide el inicio del control prenatal.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Inicio del control prenatal	1. Inició su control de embarazo en este establecimiento, en los primeros tres meses de gestación.	4	4	4	
	2. Acudió al establecimiento ni bien se enteró de la gestación.	4	4	4	
Importancia del control prenatal	3. Cree usted que el control prenatal es importante.	4	4	4	
	4. Se le identifico algún factor de riesgo, en el primer control prenatal o primera	4	4	4	

	vez que acudió al establecimiento.				
	5. La fecha probable de parto concuerda con la fecha de última regla.	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Segunda dimensión: Periódico o continuo

Objetivo de la dimensión: Mide la frecuencia del control prenatal debe ser hasta las 28 semanas de gestación de manera mensual, de las 28 a 36 semanas de manera quincenal y desde las 36 semanas debería ser semanal

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Frecuencia del control prenatal	6. La frecuencia de las citas hasta antes de los siete meses fue cada mes.	4	4	4	
	7. La frecuencia de las citas durante el séptimo mes al octavo mes fue cada quincena.	4	4	4	
	8. La frecuencia de las citas del octavo mes al novenomes fue semanal.	4	4	4	
Número de controles prenatales	9. Tiene más de cinco controles prenatales.	4	4	4	

	10. Fue evaluada en cada control prenatal.	4	4	4	
	11. Cumple con las indicaciones en cada control.	4	4	4	
	12. Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal.	4	4	4	
	13. Cree que el número de controles garantiza un buen parto.	4	4	4	
	14. Considera que el horario de atención es adecuado, para asistir a su control.	4	4	4	
	15. Acudió a la cita en la fecha indicada.	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

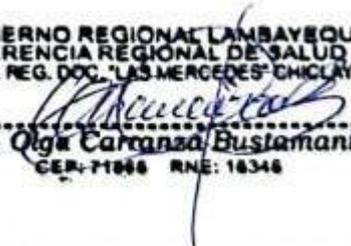
Tercera dimensión: Completo e integral

Objetivo de la dimensión: Mide la atención integral de la gestión.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Interconsulta a otros servicios	16. Fue derivada a ginecología o medicina.	4	4	4	

	17. Fue atendida en nutrición.	4	4	4	
	18. Fue atendida en odontología.	4	4	4	
	19. Recibió la vacuna contra el tétano.	4	4	4	
	20. Le realizaron los análisis de rutina al menos en dos oportunidades.	4	4	4	
Medidas preventivas	21. Considera que el control prenatal lo manejaban adecuadamente.	4	4	4	
	22. Recibió sulfato ferroso al menos cada mes y cumplió con el tratamiento.	4	4	4	
	23. Le explicaron sobre los signos de alarma.	4	4	4	
	24. Asistió a clases de psicoprofilaxis.	4	4	4	
	25. Le solicitaron ecografía en cada trimestre (los tres primeros meses, del cuarto al sexto mes y en los últimos tres meses).	4	4	4	
	26. Recibió consejería en Planificación Familiar.	4	4	4	

27. Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones.	4	4	4	
28. Le realizaron Papanicolau durante la gestación.	4	4	4	

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSP. REG. DOC. "LAS MERCEDES" CHICLAYO


 Dra. Olga Caranza Bustamante
 CEP: 71866 RNE: 16346

Firma del evaluador

DNI: 46547111

Anexo 4. Validación del instrumento de recojo de datos

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la investigación: Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de La Victoria.

1.2. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: "Cuestionario para evaluar la adherencia al control prenatal en gestantes"

1.3. Autore: Adaptado por Flores Alvarado, Vanessa

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 0-25%	Poco adecuado 26-50%	Adecuado 51-75%	Muy adecuado 76-100%
1. CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje adecuado				X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado de acuerdo a la hipótesis formulada.				X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología			X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				X
5. SUFICIENCIA	Comprende de aspectos en cantidad y calidad.				X
6. INTENCIONALIDAD	Está de acuerdo para validar la variable de la hipótesis.			X	
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos lógicos y/o científicos.			X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre variable, dimensiones o indicadores.				X
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X
10. PERTINENCIA	Adecuado para el estudio.				X

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

V. DATOS DEL VALIDADOR

- Nombre: OLGA CARZANZA BUSTAMANTE.
- Grado académico: Dra. EN Gestión Pública y Gobernabilidad
- Ocupación Lic. EN enfermería
- Orcid 000 0002.43979939

Chiclayo, 24 de octubre del 2023

GOBIERNO REGIONAL TAMBAYESQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSP. REG. SOC. SAN. MICROCED. CHICLAYO

 Dra. Olga Carzanza Bustamante
 C.P. 11388 E.M. 10248



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos	CARRANZA BUSTAMANTE
Nombres	OLGA LUCÍA DEL CARMEN
Tipo de Documento de Identidad	DNI
Numero de Documento de Identidad	46547111

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre	UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C.
Rector	TANTALEAN RODRIGUEZ JEANNETTE CECILIA
Secretario General	LOMPARTE ROSALES ROSA JULIANA
Director	PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico	DOCTOR
Denominación	DOCTORA EN GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD
Fecha de Expedición	11/04/22
Resolución/Acta	0169-2022-UCV
Diploma	052-156688
Fecha Matrícula	01/04/2019
Fecha Egreso	30/01/2022

Fecha de emisión de la constancia:
26 de Julio de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001384500

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 26/07/2023 21:55:44-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS 03

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de La Victoria"

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Instrumento de recojo de datos acerca de la adherencia de al control prenatal

TESISTA:

Lic. Vanessa Flores Alvarado.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO: SI

NO

Chiclayo, 24 de octubre de 2023



Grado y Nombre del Experto:

Mg. Diana Vanessa Cardozo Delgado

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Adherencia al control prenatal”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Diana Vanessa Cardoso Delgado
Grado profesional:	Maestría (x) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Médico General
Institución donde labora:	Centro de Salud de La Victoria
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años ()
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la prueba:	Adherencia al control prenatal
Autor(a):	Mejía (2018) Adaptado por Flores Alvarado, Vanessa
Procedencia:	Peruana
Administración:	Individual o colectiva
Tiempo de aplicación:	25 minutos aproximadamente
Ámbito de aplicación:	Servicio obstétrico en un Centro de salud
Significación:	Totalidad de ítems: 28 ítems Escala: Ordinal Dimensiones: - Precoz o temprano (ítem 1 al 5).

	<ul style="list-style-type: none"> - Periódico o continuo (ítem 6 al 15). - Completo e integral (ítem 16 al 28).
--	--

4. Soporte teórico

(describir en función al modelo teórico)

Variable o categoría	Dimensiones o subcategorías	Definición
Variable dependiente: Adherencia al control prenatal	Precoz o temprano	Iniciar el control en el primer trimestre del embarazo; esto ayudara a tomar medidas preventivas promocionales que viene a ser el fin que persigue el control prenatal (Aguilera, 2011).
	Periódico o continuo	Frecuencia del control prenatal debe ser hasta las 28 semanas de gestación de manera mensual, de las 28 a 36 semanas de manera quincenal y desde las 36 semanas debería ser semanal (Munares, 2014).
	Completo e integral	Se va considerar completo cuando se cumplió con los objetivos determinados por el ministerio de salud durante todo el embarazo y en un tiempo adecuado (Munares, 2014).

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el cuestionario Adherencia al control prenatal elaborado por Mejía en el año 2018 adaptado por Flores (2023). De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.

RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brindes sus observaciones que considere pertinente.

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento:

Primera dimensión: Precoz o temprano

Objetivo de la dimensión: Mide el inicio del control prenatal.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Inicio del control prenatal	1. Inició su control de embarazo en este establecimiento, en los primeros tres meses de gestación.	4	4	4	
	2. Acudió al establecimiento ni bien se enteró de la gestación.	4	4	4	
Importancia del control prenatal	3. Cree usted que el control prenatal es importante.	4	4	4	
	4. Se le identifico algún factor de riesgo, en el primer control prenatal o primera	4	4	4	

	vez que acudió al establecimiento.				
	5. La fecha probable de parto concuerda con la fecha de última regla.	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Segunda dimensión: Periódico o continuo

Objetivo de la dimensión: Mide la frecuencia del control prenatal debe ser hasta las 28 semanas de gestación de manera mensual, de las 28 a 36 semanas de manera quincenal y desde las 36 semanas debería ser semanal

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Frecuencia del control prenatal	6. La frecuencia de las citas hasta antes de los siete meses fue cada mes.	4	4	4	
	7. La frecuencia de las citas durante el séptimo mes al octavo mes fue cada quincena.	4	4	4	
	8. La frecuencia de las citas del octavo mes al novenomes fue semanal.	4	4	4	
Número de controles prenatales	9. Tiene más de cinco controles prenatales.	4	4	4	

	10. Fue evaluada en cada control prenatal.	4	4	4	
	11. Cumple con las indicaciones en cada control.	4	4	4	
	12. Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal.	4	4	4	
	13. Cree que el número de controles garantiza un buen parto.	4	4	4	
	14. Considera que el horario de atención es adecuado, para asistir a su control.	4	4	4	
	15. Acudió a la cita en la fecha indicada.	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Tercera dimensión: Completo e integral

Objetivo de la dimensión: Mide la atención integral de la gestión.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Interconsulta a otros servicios	16. Fue derivada a ginecología o medicina.	4	4	4	

	17. Fue atendida en nutrición.	4	4	4	
	18. Fue atendida en odontología.	4	4	4	
	19. Recibió la vacuna contra el tétano.	4	4	4	
	20. Le realizaron los análisis de rutina al menos en dos oportunidades.	4	4	4	
Medidas preventivas	21. Considera que el control prenatal lo manejaban adecuadamente.	4	4	4	
	22. Recibió sulfato ferroso al menos cada mes y cumplió con el tratamiento.	4	4	4	
	23. Le explicaron sobre los signos de alarma.	4	4	4	
	24. Asistió a clases de psicoprofilaxis.	4	4	4	
	25. Le solicitaron ecografía en cada trimestre (los tres primeros meses, del cuarto al sexto mes y en los últimos tres meses).	4	4	4	
	26. Recibió consejería en Planificación Familiar.	4	4	4	

27. Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones.	4	4	4	
28. Le realizaron Papanicolau durante la gestación.	4	4	4	

Firma del evaluador

DNI: 42398451

Anexo 4. Validación del instrumento de recojo de datos

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título de la investigación: Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de La Victoria.
- 1.2. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: "Cuestionario para evaluar la adherencia al control prenatal en gestantes"
- 1.3. Autore: Adaptado por Flores Alvarado, Vanessa

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 0-25%	Poco adecuado 26-50%	Adecuado 51-75%	Muy adecuado 76-100%
1. CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje adecuado.				X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado de acuerdo a la hipótesis formulada.				X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lónica.			X	
5. SUFICIENCIA	Comprende de aspectos en cantidad y calidad.				X
6. INTENCIONALIDAD	Está de acuerdo para validar la variable de la hipótesis.			X	
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos y/o científicos.				X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre variable, dimensiones e indicadores.				X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X
10. PERTINENCIA	Adecuado para el estudio.			X	

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

V. DATOS DEL VALIDADOR

- Nombre: *Piana Vanessa Cardozo Delgado*
- Grado académico: *Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.*
- Ocupación: *Médico Cirujana*
- Orcid: *0000-0002-9999-5786*

Chiclayo, *24* de *10* del 2023

Piana Vanessa Cardozo Delgado
 Médico Cirujana
 Microred de La Victoria



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **CARDOZO DELGADO**
Nombres **DIANA VANESSA**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Número de Documento de Identidad **42398451**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C.**
Rector **TANTALEAN RODRIGUEZ JEANNETTE CECILIA**
Secretario General **LOMPARTE ROSALES ROSA JULIANA**
Director **PACHECO ZEBALLOS JUAN MANUEL**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **MAESTRO**
Denominación **MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**
Fecha de Expedición **14/11/22**
Resolución/Acta **0662-2022-UCV**
Diploma **052-178498**
Fecha Matrícula **05/04/2021**
Fecha Egreso **01/09/2022**

Fecha de emisión de la constancia:
23 de Octubre de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001538866

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 23/10/2023 22:47:09-0500

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS 03

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de La Victoria"

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Instrumento de recojo de datos acerca de la adherencia de al control prenatal

TESISTA:

Lic. Vanessa Flores Alvarado.

DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO: SI

NO

Chiclayo, 24 de octubre de 2023


Mg. Raquel
Capitel Diaz
COP. 20495 - REGIONA 256
OBLETREA

Grado y Nombre del Experto:
Mg. Raquel Diaz de Lardo
Raquel Amaly

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Adherencia al control prenatal”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Raquel Cajusol Díaz
Grado profesional:	Maestría (x) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Lic. OBSTETRA
Institución donde labora:	Hospital Regional Docente Las Mercedes
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la prueba:	Adherencia al control prenatal
Autor(a):	Mejía (2018) Adaptado por Flores Alvarado, Vanessa
Procedencia:	Peruana
Administración:	Individual o colectiva
Tiempo de aplicación:	25 minutos aproximadamente
Ámbito de aplicación:	Servicio obstétrico en un Centro de salud
Significación:	Totalidad de ítems: 28 ítems Escala: Ordinal Dimensiones:

	<ul style="list-style-type: none"> - Precoz o temprano (ítem 1 al 5). - Periódico o continuo (ítem 6 al 15). - Completo e integral (ítem 16 al 28).
--	--

4. Soporte teórico

(describir en función al modelo teórico)

Variable o categoría	Dimensiones o subcategorías	Definición
Variable dependiente: Adherencia al control prenatal	Precoz o temprano	Iniciar el control en el primer trimestre del embarazo; esto ayudara a tomar medidas preventivas promocionales que viene a ser el fin que persigue el control prenatal (Aguilera, 2011).
	Periódico o continuo	Frecuencia del control prenatal debe ser hasta las 28 semanas de gestación de manera mensual, de las 28 a 36 semanas de manera quincenal y desde las 36 semanas debería ser semanal (Munares, 2014).
	Completo e integral	Se va considerar completo cuando se cumplió con los objetivos determinados por el ministerio de salud durante todo el embarazo y en un tiempo adecuado (Munares, 2014).

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el cuestionario Adherencia al control prenatal elaborado por Mejía en el año 2018 adaptado por Flores (2023). De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.

	4. Totalmente de Acuerdo (altonivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brindes sus observaciones que considere pertinente.

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento:

Primera dimensión: Precoz o temprano

Objetivo de la dimensión: Mide el inicio del control prenatal.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Inicio del control prenatal	1. Inició su control de embarazo en este establecimiento, en los primeros tres meses de gestación.	4	4	4	
	2. Acudió al establecimiento ni bien se enteró de la gestación.	4	4	4	
Importancia del control prenatal	3. Cree usted que el control prenatal es importante.	4	4	4	

	4. Se le identifico algún factor de riesgo, en el primer control prenatal o primera vez que acudió al establecimiento.	4	4	4	
	5. La fecha probable de parto concuerda con la fecha de última regla.	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Segunda dimensión: Periódico o continuo

Objetivo de la dimensión: Mide la frecuencia del control prenatal debe ser hasta las 28 semanas de gestación de manera mensual, de las 28 a 36 semanas de manera quincenal y desde las 36 semanas debería ser semanal

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Frecuencia del control prenatal	6. La frecuencia de las citas hasta antes de los siete meses fue cada mes.	4	4	4	
	7. La frecuencia de las citas durante el séptimo mes al octavo mes fue cada quincena.	4	4	4	
	8. La frecuencia de las citas del octavo mes al novenomes fue semanal.	4	4	4	

Número de controles prenatales	9. Tiene más de cinco controles prenatales.	4	4	4	
	10. Fue evaluada en cada control prenatal.	4	4	4	
	11. Cumple con las indicaciones en cada control.	4	4	4	
	12. Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal.	4	4	4	
	13. Cree que el número de controles garantiza un buen parto.	4	4	4	
	14. Considera que el horario de atención es adecuado, para asistir a su control.	4	4	4	
	15. Acudió a la cita en la fecha indicada.	4	4	4	

Dimensiones del instrumento:

Tercera dimensión: Completo e integral

Objetivo de la dimensión: Mide la atención integral de la gestión.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones
Interconsulta a otros servicios	16. Fue derivada a ginecología o medicina.	4	4	4	
	17. Fue atendida en nutrición.	4	4	4	
	18. Fue atendida en odontología.	4	4	4	
	19. Recibió la vacuna contra el tétano.	4	4	4	
	20. Le realizaron los análisis de rutina al menos en dos oportunidades.	4	4	4	
Medidas preventivas	21. Considera que el control prenatal lo manejaban adecuadamente.	4	4	4	
	22. Recibió sulfato ferroso al menos cada mes y cumplió con el tratamiento.	4	4	4	
	23. Le explicaron sobre los signos de alarma.	4	4	4	
	24. Asistió a clases de psicoprofilaxis.	4	4	4	

25. Le solicitaron ecografía en cada trimestre (los tres primeros meses, del cuarto al sexto mes y en los últimos tres meses).	4	4	4	
26. Recibió consejería en Planificación Familiar.	4	4	4	
27. Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones.	4	4	4	
28. Le realizaron Papanicolau durante la gestación.	4	4	4	



Mg. Analy
Cajuel Diaz
COP. 29495 - RENOMA 256
OB GYN

Firma del evaluador

DNI: 46514901

Anexo 4. Validación del instrumento de recojo de datos

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título de la investigación: Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de La Victoria.
- 1.2. Nombre de los instrumentos motivo de evaluación: "Cuestionario para evaluar la adherencia al control prenatal en gestantes"
- 1.3. Autore: Adaptado por Flores Alvarado, Vanessa

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Inadecuado 0-25%	Poco adecuado 26-50%	Adecuado 51-75%	Muy adecuado 76-100%
1. CLARIDAD	Esta formulada con lenguaje adecuado			X	
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado de acuerdo a la hipótesis formulada.				X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lícita.				X
5. SUFICIENCIA	Comprende de aspectos en cantidad y calidad.			X	
6. INTENCIONALIDAD	Esta de acuerdo para validar la variable de la hipótesis.				X
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos técnicos y/o científicos.				X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre variable, dimensiones e instrumentos.				X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X
10. PERTINENCIA	Adecuado para el estudio.				X

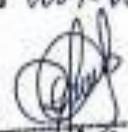
III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

V. DATOS DEL VALIDADOR

- Nombre: *Rafael Arce y Caynel Díaz de Parado*
- Grado académico: *Maestro en Docencia y Gestión Educativa*
- Ocupación: *Docente*
- Orcid: *0009-0005-1266-2110*

Chiclayo, *24* de *10* del 2023


Rafael Arce y Caynel Díaz de Parado
COP. JUV. KENYAMA 204
022TETRA

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos	CAJUSOL DIAZ DE PARDO
Nombre	RAQUEL ANALY
Tipo de Documento de Identidad	DNI
Numero de Documento de Identidad	46514951

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre	UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
Rector	ALBERTO FELIPE ORTIZ PRIETO
Secretario General	JAVIER SORIANO DIAZ DIAZ
Directora	CESAR AUGUSTO NUÑEZ SANCHEZ

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico	MAESTRO
Denominación	MAESTRO CON MENCIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA Y GERENCIA EDUCATIVA
Fecha de Expedición	23/01/20
Resolución/Acta	503-2019-CU-UDCH
Diploma	PG000101
Fecha Matricula	01/06/2014
Fecha Egreso	28/02/2018

Fecha de emisión de la constancia:
25 de Octubre de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 9001541635

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria
Módulo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 25/10/2023 12:14:07-0500

Este constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 050-2009-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

Anexo 5. Confiabilidad del instrumento de recojo de datos acerca de la adherencia al control prenatal

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	21	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	21	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
KR-20	N de elementos
0,9416	28

Anexo 6. Consentimiento informado

Título de la investigación: Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo

Investigador (a) (es): Flores Alvarado, Vanessa

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo”, cuyo objetivo es: Proponer un programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo. Esta investigación es desarrollada por estudiantes (posgrado) del Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, de la Universidad César Vallejo del campus Chiclayo, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución Centro de Salud de toda la Microred de salud localizada en Chiclayo.

Describir el impacto del problema de la investigación.

La problemática en el servicio obstétrico en el Perú se caracteriza por la entrega de un trato deshumanizador por parte del profesional de salud a las gestantes, esterilizaciones sin la venia de la paciente, negligencias en el control prenatal y labor de parto, entre otras manifestaciones de violencia, siendo reportadas legalmente un 1% y la mayoría resueltas por la entidad u omitidas por temor de la paciente.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente (enumerar los procedimientos del estudio):

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada: “Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo”

2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos y se realizará en el ambiente de la institución Centro de Salud. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante la existencia que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador (a) (es) Flores Alvarado, Vanessa email: Vanessa42585900@gmail.com y Docente

asesor (Apellidos y Nombres) Molina Carrasco, Zuly Cristina. Gmail:
mcarrascozc@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

Anexo 7. Fórmula para calcular la muestra

$$n = \frac{N \cdot Z_a^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{1582 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (1582-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$
$$n = 309$$

Donde:

N= Población del estudio asciende a 1,582.

p= Evento a favor corresponde a 0.5

q= Probabilidad de fracaso igual a 0.5

z= Parámetro vinculado a nivel de confianza del 95%

d= Margen de error con valor de 0.05

n= Muestra engloba a 309 gestantes.

Tabla 7

Muestra de estudio

Microred La Victoria	n	%
C.S. La Victoria Sector I	103	33%
C.S. La Victoria Sector II	81	26%
C.S. El Bosque	88	29%
P.S. Chosica Norte	15	5%
P.S. Raymondi	22	7%
Total	309	100%

Nota. Información extraída de la Microred La Victoria

Anexo 8. Propuesta

Diagnóstico

La información recopilada sugiere que existe una necesidad apremiante de mejorar la conciencia y la comprensión de las gestantes sobre la importancia de los controles prenatales. Se evidencian desafíos en el acceso a los servicios de salud, desconocimiento de la relevancia de las evaluaciones y falta de atención integral, especialmente en aspectos emocionales y psicológicos. Es esencial implementar intervenciones educativas, mejorar la accesibilidad a los servicios y fomentar la conciencia sobre la importancia de los controles prenatales para garantizar la salud materna y fetal.

Objetivos

Objetivo general:

Empoderar a las gestantes a través de un programa de autocuidado, brindándoles las herramientas necesarias para asumir un papel activo en su salud prenatal

Objetivos específicos:

Determinar estrategias relacionadas a mejorar las capacidades fundamentales de las gestantes de una Microred de salud localizada en Chiclayo.

Diseñar estrategias relacionadas a mejorar los componentes de poder de las gestantes de una Microred de salud localizada en Chiclayo.

Establecer estrategias relacionadas a mejorar la capacidad para operacionalizar de las gestantes de una Microred de salud localizada en Chiclayo.

Fundamento teórico

El programa de autocuidado es una herramienta enfocada a promover el desarrollo consciente de conductas que mantienen y resguardan el bienestar físico, emocional y psicológico (Myers et al., 2012). Según Orem, el autocuidado es esencial para mantener la salud y prevenir enfermedades. Este modelo teórico enfatiza la responsabilidad del individuo en su propio cuidado. El programa se alinea con esta teoría al empoderar a las gestantes para que asuman un papel activo en su salud prenatal, fomentando conductas y decisiones saludables.

Tabla 8*Programa de acciones o plan*

Aspectos	Estrategias	Actividades	Responsable	Monitoreo	Meta
Capacidades fundamentales	Implementar sesiones educativas que destaquen la importancia de la atención prenatal y cómo afecta positivamente la salud de la gestante y del feto.	Charlas Educativas: Explicación detallada de los beneficios de los controles prenatales. Dinámicas de Grupo: Participación activa para fortalecer la comprensión.	RR.HH.	Evaluación de la participación y comprensión en las sesiones.	Lograr un aumento del 25% en el conocimiento sobre la importancia de los controles prenatales.
Capacidades fundamentales	Utilizar material visual y testimonios para fortalecer la percepción de la relevancia de los controles.	Elaboración de Videos: Testimonios de gestantes que han experimentado beneficios. Creación de Infografías: Material visual para destacar estadísticas y datos relevantes.	RR.HH.	Evaluación del impacto emocional a través de la retroalimentación.	Generar un aumento del 30% en la percepción positiva de la importancia de los controles prenatales.

Capacidades fundamentales	Desarrollar materiales educativos con recordatorios visuales y auditivos sobre las fechas y beneficios de los controles prenatales.	Diseño de Folletos: Creación de materiales impresos con recordatorios visuales. Carteles Informativos: Colocación en áreas estratégicas de la comunidad.	RR.HH.	Seguimiento de la distribución y uso de materiales.	Aumentar en un 20% la retención de información sobre las fechas de los controles.
Capacidades fundamentales	Facilitar herramientas tecnológicas, como aplicaciones móviles, para establecer recordatorios personalizados.	Desarrollo de Aplicación: Creación de una aplicación de recordatorio. Capacitación en el Uso: Sesiones para enseñar a las gestantes a utilizar la aplicación.	RR.HH.	Evaluación del uso de la aplicación y retroalimentación.	Alcanzar una tasa de adopción del 70% de la aplicación.
Capacidades fundamentales	Ofrecer asesoramiento y apoyo continuo para orientar a las gestantes sobre los servicios disponibles,	Sesiones Individuales: Asesoramiento personalizado para abordar inquietudes.	RR.HH.	Registro de consultas y retroalimentación de las gestantes.	Garantizar que el 80% de las gestantes se sienta respaldado y orientado.

	procedimientos médicos y la importancia de seguir las indicaciones del personal de salud.	Línea de Apoyo Telefónico: Disponible para consultas continuas.			
Componentes del poder	Realizar talleres prácticos que enseñen a las gestantes a organizar su tiempo y establecer prioridades para garantizar la asistencia a los controles prenatales.	Taller de Planificación: Identificación y establecimiento de prioridades en la asistencia a controles prenatales. Simulaciones de Casos: Ejercicios prácticos para abordar posibles obstáculos en la organización del tiempo.	RR.HH.	Registro de participación en talleres y evaluación de la aplicación de habilidades aprendidas.	Aumentar en un 20% la eficacia en la gestión del tiempo para la asistencia a controles prenatales.
Componentes del poder	Proporcionar herramientas de planificación que faciliten la organización del autocuidado.	Distribución de Guías Impresas: Entrega de material impreso con herramientas de planificación en las consultas.	RR.HH.	Evaluación del uso de herramientas de planificación y retroalimentación de las gestantes.	Lograr que el 80% de las gestantes utilice al menos una herramienta de planificación.

Componentes del poder	Fomentar la participación activa de las gestantes en grupos de apoyo donde puedan compartir experiencias, consejos y estrategias para superar barreras relacionadas con el autocuidado.	Sesiones de Grupo: Reuniones mensuales para compartir experiencias y consejos de autocuidado. Plataforma Virtual: Establecimiento de una comunidad en línea para la interacción continua.	RR.HH.	Participación en reuniones y actividad en la plataforma virtual.	Alcanzar una participación del 70% en grupos de apoyo.
Componentes del poder	Facilitar la integración de la información proporcionada en las sesiones educativas en la vida diaria.	Desarrollo de Folletos Prácticos: Creación de folletos con información fácilmente aplicable. Sesiones Prácticas: Integración de consejos prácticos en sesiones educativas regulares.	RR.HH.	Evaluación de la comprensión y aplicación de la información integrada.	Aumentar en un 25% la aplicación de la información aprendida en la vida diaria.

Capacidad para operacionalizar	Realizar evaluaciones individualizadas para comprender las condiciones y desafíos específicos que enfrenta cada gestante en su entorno.	Registro de Condiciones: Documentación de factores ambientales y socioeconómicos.	RR.HH.	Análisis de informes de evaluación y actualización continua de registros.	Adaptar el programa para abordar el 90% de los desafíos individuales identificados.
Capacidad para operacionalizar	Adaptar las estrategias del programa según estas condiciones, como ofrecer servicios móviles para aquellas con dificultades de movilidad.	Reuniones de Adaptación: Sesiones periódicas para ajustar estrategias según evaluaciones.	RR.HH.	Evaluación de la efectividad de las adaptaciones realizadas.	Garantizar la participación del 100% de gestantes, independientemente de las limitaciones.
Capacidad para operacionalizar	Desarrollar estrategias personalizadas para abordar las capacidades fundamentales	Asignación de Mentores: Asignación de mentores para apoyar la implementación de estrategias.	RR.HH.	Evaluación de la aplicación efectiva de estrategias personalizadas.	Lograr una mejora del 30% en la adherencia al control prenatal a través de

	identificadas en cada gestante.				estrategias personalizadas.
Capacidad para operacionalizar	Proporcionar recursos prácticos y apoyo continuo para garantizar la aplicación efectiva de estas estrategias.	Creación de Biblioteca Virtual: Recopilación de recursos accesibles en línea.	RR.HH.	Registro de consultas y uso de recursos.	Garantizar que el 90% de las gestantes utilice al menos un recurso de apoyo continuo.

Presupuesto

Tabla 9

Presupuesto de la propuesta

Actividades	Cantidad	Costo unit.	Costo total
Charlas Educativas: Explicación detallada de los beneficios de los controles prenatales.	2	150	300
Dinámicas de Grupo: Participación activa para fortalecer la comprensión.	12	50	600
Elaboración de Videos: Testimonios de gestantes que han experimentado beneficios.	12	200	2400
Creación de Infografías: Material visual para destacar estadísticas y datos relevantes.	24	25	600
Diseño de Folletos: Creación de materiales impresos con recordatorios visuales.	12	150	1800
Carteles Informativos: Colocación en áreas estratégicas de la comunidad.	6	50	300
Desarrollo de Aplicación: Creación de una aplicación de recordatorio.	1	500	500
Capacitación en el Uso: Sesiones para enseñar a las gestantes a utilizar la aplicación.	2	50	100
Sesiones Individuales: Asesoramiento personalizado para abordar inquietudes.	6	150	900
Línea de Apoyo Telefónico: Disponible para consultas continuas.	12	500	6000
Taller de Planificación: Identificación y establecimiento de prioridades en la asistencia a controles prenatales.	4	150	600

Simulaciones de Casos: Ejercicios prácticos para abordar posibles obstáculos en la organización del tiempo.	4	50	200
Distribución de Guías Impresas: Entrega de material impreso con herramientas de planificación en las consultas.	12	50	600
Sesiones de Grupo: Reuniones mensuales para compartir experiencias y consejos de autocuidado.	12	100	1200
Plataforma Virtual: Establecimiento de una comunidad en línea para la interacción continua.	12	200	2400
Desarrollo de Folletos Prácticos: Creación de folletos con información fácilmente aplicable.	1000	0.5	500
Sesiones Prácticas: Integración de consejos prácticos en sesiones educativas regulares.	4	200	800
Registro de Condiciones: Documentación de factores ambientales y socioeconómicos.	2	300	600
Reuniones de Adaptación: Sesiones periódicas para ajustar estrategias según evaluaciones.	4	400	1600
Asignación de Mentores: Asignación de mentores para apoyar la implementación de estrategias.	12	400	4800
Creación de Biblioteca Virtual: Recopilación de recursos accesibles en línea.	1	1500	1500
TOTAL			28300

Conclusión

La propuesta aspira a empoderar a las gestantes a través de la educación, el apoyo continuo y la adaptación a sus condiciones individuales. Al implementar estas estrategias, se logrará una mejora sustancial en la adherencia al control prenatal, contribuyendo así al bienestar tanto de las gestantes como de sus futuros hijos en la Microred de Chiclayo. La evaluación continua y la adaptación flexible serán clave para asegurar el éxito y la sostenibilidad a largo plazo de este programa.

Anexo 9. Validación de la propuesta

FICHA DE VALIDACIÓN DE PROPUESTA

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN			
Título de la investigación	Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo		
Autor(a)	Flores Alvarado, Vanessa	Programa SERVICIOS EN SALUD	Maestría en gestión de los servicios de salud
Línea de investigación	Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud		
Variable a ser evaluada	Variable independiente: Programa de autocuidado		
Denominación de la propuesta	Programa de autocuidado que fomente la adherencia al control prenatal en gestantes		

DATOS DEL PROFESIONAL EXPERTO (Debe ser llenado por el experto)			
Nombre del profesional experto	Diana Vanessa Cardoso Delgado		
Profesión	Médico General	Grado académico	MAGISTER
Institución en la que labora	Centro de Salud de La Victoria		
Tiempo de experiencia laboral	10 AÑOS		

INSTRUCCIONES: Estimado Magister(a), solicito que en el siguiente formato evalúe la pertinencia, coherencia de la PROPUESTA que se está validando marcando en los niveles de ejecución la puntuación que considere pertinente para cada criterio.

Criterios	Descripción	Deficiente 0 – 20				Regular 21 – 40				Buena 41 – 60				Muy Buena 61 – 80				Excelente 81 – 100				RECOMENDACIONES.	
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96		
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
Generalidades de la Propuesta	Denominación de la propuesta																					x	
	Secciones que comprende																				x		
	Jerarquización de cada sección																				x		
	Interrelación o articulación entre componentes																				x		
.Estructuración de la propuesta	Presenta de manera notable el tema eje																				x		
	Incluye los componentes necesarios de un plan o programa																					x	
	Existe coherencia entre todos los elementos incluidos en la propuesta (Etapas, tema eje, estrategias,																				x		

FICHA DE VALIDACIÓN DE PROPUESTA

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN			
Título de la investigación	Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo		
Autor(a)	Flores Alvarado, Vanessa	Programa SERVICIOS EN SALUD	Maestría en gestión de los servicios de salud
Línea de investigación	Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud		
Variable a ser evaluada	Variable independiente: Programa de autocuidado		
Denominación de la propuesta	Programa de autocuidado que fomente la adherencia al control prenatal en gestantes		

DATOS DEL PROFESIONAL EXPERTO (Debe ser llenado por el experto)			
Nombre del profesional experto	Olga Lucia del Carmen Carranza Bustamante		
Profesión	Lic. En Enfermería	Grado académico	DOCTORA
Institución en la que labora	Hospital Regional Docente Las Mercedes		
Tiempo de experiencia laboral	10 AÑOS		

INSTRUCCIONES: Estimado Doctor(a), solicito que en el siguiente formato evalúe la pertinencia, coherencia de la PROPUESTA que se está validando marcando en los niveles de ejecución la puntuación que considere pertinente para cada criterio

FICHA DE VALIDACIÓN DE PROPUESTA

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN			
Título de la investigación	Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo.		
Autor(a)	Flores Alvarado, Vanessa	Programa SERVICIOS EN SALUD	Maestría en gestión de los servicios de salud
Línea de investigación	Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud		
Variable a ser evaluada	Variable independiente: Programa de autocuidado		
Denominación de la propuesta	Programa de autocuidado que fomente la adherencia al control prenatal en gestantes		

DATOS DEL PROFESIONAL EXPERTO (Debe ser llenado por el experto)			
Nombre del profesional experto	Raquel Analy Cajusol Diaz		
Profesión	Obstetra	Grado académico	MAGISTER
Institución en la que labora	Hospital Regional Docente Las Mercedes		
Tiempo de experiencia laboral	10 AÑOS		

INSTRUCCIONES: Estimado Magister(a), solicito que en el siguiente formato evalúe la pertinencia, coherencia de la PROPUESTA que se está validando marcando en los niveles de ejecución la puntuación que considere pertinente para cada criterio



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MOLINA CARRASCO ZULY CRISTINA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHICLAYO, asesor de Tesis Completa titulada: "Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo", cuyo autor es FLORES ALVARADO VANESSA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 12.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

CHICLAYO, 28 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MOLINA CARRASCO ZULY CRISTINA DNI: 27259278 ORCID: 0000-0002-5563-0662	Firmado electrónicamente por: MCARRASCOZC el 07-01-2024 13:03:23

Código documento Trilce: TRI - 0711760