



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS DEL
CENTRO DE SALUD “COLLIQUE III ZONA”, COMAS – 2014**

PRESENTADO POR

**ROJAS ORIA, CRISTINA VALERIA
SALAS PISCO, JESSICA
VARGAS OLIVERA, ROSA EMELI**

ASESOR

HILARIO HUAPAYA, NELIDA LUZMILA

Los Olivos, 2017



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD
“COLLIQUE III ZONA”, COMAS – 2014**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:

ROJAS ORIA, CRISTINA VALERIA
SALAS PISCO, JESSICA
VARGAS OLIVERA, ROSA EMELI

ASESORA:

HILARIO HUAPAYA, NELIDA LUZMILA

**LIMA – PERÚ
2017**

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Matta Solís, Hernán Hugo
Presidente

Tuse Medina, Rosa Casimira
Secretario

Alvines Fernández, Doris Mellina
Vocal

Hilario Huapaya, Néida Luzmila
Asesor

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD
“COLLIQUE III ZONA”, COMAS - 2014**

Dedicatoria

Este trabajo de investigación dedico con todo amor, principalmente a mis papitos, Elva y Vicente, por su benevolencia y apoyo en momentos dificultosos. Me han instruido a confrontar las adversidades sin perder nunca la honorabilidad ni flaquear en el intento. Me han legado todo lo que soy como persona, mis principios, mis valores, mi tenacidad, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Rojas Oria, Cristina Valeria

A Dios, por concederme llegar a este momento tan único en mi vida. A mi mamá, por ser el sostén más importante y por mostrarme siempre su amor y ayuda incondicional. A mi papá, que a pesar de no estar juntos sé que este momento es tan especial para ti como lo es para mí. A Jorge, por tu paciencia, comprensión y bondad que me inspiró a ser mejor cada día, gracias por estar siempre a mi lado. A Cecilia, porque te amo infinitamente hermanita. A Nélida, por su asistencia y conocimientos que hicieron de este estudio uno de los más representativos. A mis amigas Cristina y Jessica por haber conseguido nuestro gran propósito con mucha firmeza. Y en especial a mi sobrino Thiago Adrián, por llenar mi vida de felicidad y dicha.

Vargas Olivera, Rosa Emeli

Esta tesis, está dedicado a Dios, por haberme concedido llegar hasta este momento y haberme dado la vida para lograr mis metas. A mi madre y mi hermana, por haberme respaldado todo el tiempo, por sus opiniones, por su ejemplo de constancia, por sus valores, por el apoyo constante, por enseñarme a ser quien soy, pero más que nada, por su cariño absoluto, que me ha permitido ser una persona de bien, para poder desenvolverme como una profesional para el futuro.

Salas Pisco, Jessica

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA..... 14

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 14

1.2 OBJETIVOS 18

 1.2.1 Objetivo general..... 18

 1.2.2 Objetivos específicos 18

1.3 JUSTIFICACIÓN 19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 14

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD 22

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 23

 2.2.1 Internacional 23

 2.2.2 Nacional..... 27

2.3 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL 28

 2.3.1 Embarazo 28

 2.3.2 Autocuidado 45

 2.3.3 Conocimiento, prácticas y actitudes..... 48

2.4 HIPÓTESIS 49

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 51

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 52

3.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO 52

3.2.1 Criterios de inclusión.....	52
3.2.2 Criterios de exclusión.....	53
3.3 VARIABLE.....	53
3.3.1 Definición conceptual.....	53
3.3.2 Definición operacional.....	53
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
3.4.1 Técnicas de recolección de datos.....	53
3.4.2 Instrumento de recolección de datos	53
3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	57
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
3.7.1 Principio de autonomía	59
3.7.2 Principio de beneficencia	60
3.7.3 Principio de no maleficencia	60
3.7.4 Principio de justicia	60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	61
4.1 RESULTADOS	62
4.1.1 Descripción de los datos sociodemográficos	62
4.1.2 Descripción de autocuidados.....	62
4.2 DISCUSIÓN	67
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
5.1 CONCLUSIONES	82
5.2 RECOMENDACIONES	82

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	98

Índice de gráficos

Gráfico 1: Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del Centro de Salud "Collique III Zona", Comas - 2014.	63
Gráfico 2: Prácticas de autocuidado general en mujeres embarazadas del Centro de Salud "Collique III Zona", Comas - 2014.....	64
Gráfico 3: Prácticas de autocuidado de desarrollo personal e interacción social en mujeres embarazadas del Centro de Salud "Collique III Zona", Comas - 2014.	65
Gráfico 4: Conocimientos de autocuidado específicos de salud en mujeres embarazadas del Centro de Salud "Collique III Zona", Comas - 2014.....	66

Índice de anexos

Anexo A: Cuadro de operacionalización de variables	99
Anexo B: Proceso de construcción y validación del instrumento	101
Anexo C: Formato de juicio de experto	102
Anexo D: Resultados de validación kendal	107
Anexo E: Resultados de validación Alfa de Cronbach	107
Anexo F: Instrumento	108
Anexo G: Carta de aceptación de la población de estudio.....	120
Anexo H: Consentimiento informado.....	121
Anexo I: Resultados complementarios	117

Resumen

Objetivo: Determinar las prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas de un Centro de Salud del Cono Norte. **Métodos:** Este estudio fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 920 mujeres embarazadas, obteniendo una muestra conformada por 97 gestantes, las cuales fueron seleccionadas de manera aleatoria. El instrumento que se utilizó fue, Prácticas de Autocuidado en Mujeres Embarazadas (PAME) y se validó en un grupo de personas con características similares a la población de estudio, en el Cono Norte. El cuestionario presenta alternativas en escala Tipo Likert para las primeras dimensiones y dicotómicas para la tercera y la técnica utilizada fue la encuesta. **Resultados:** Como respuestas obtenidas indican que el nivel de prácticas sobre el autocuidado global en las gestantes es bueno con un 69.16%. El nivel de prácticas en la dimensión de autocuidado general es bueno con un 87.85%; en desarrollo personal e interacción social es regular con un 60.75% y en conocimientos específicos de salud es regular con un 45.79%. **Conclusiones:** Se presentó regular práctica y conocimiento en la dimensión de desarrollo personal e interacción social y específicos de salud.

Palabras clave: Autocuidado, Prácticas, Embarazo.

Abstract

Objective: To determine self-care practices in pregnant women of a health center in the northern cone. **Methods:** This research was descriptive cross-sectional. The population was formed by 920 pregnant women, getting a sample formed by 97 expectants that were chosen by random manner. The instrument that was used was, Self-care Practices in Pregnant Women (PAME by its initials in Spanish) and it was validated in a group of people with similar characteristics to the research population in the northern cone. The questionnaire presents alternatives in scale Type Likert for the firsts dimensions and dichotomies for the thirds and the technique used was the survey. **Results:** As obtained answers they show that the practices level about global self-care in expectants is good with a 69.16%. The practices level in general self-care dimension is good with an 87.85%; in personal development and social interaction is regular with a 60.75% and in health specific knowledge is regular with a 45.79%. **Conclusions:** It was presented regular practice and knowledge in personal development and social interaction dimension and health specifics.

Key words: Self-care, Practices, Pregnant.

Introducción

El embarazo desde el punto de vista de la salud pública tiene un gran impacto epidemiológico, pues es un fenómeno que a nivel mundial y especialmente en los países subdesarrollados ha presentado altos porcentajes de morbi-mortalidad materna y perinatal desde siglos anteriores; estas repercusiones estadísticamente representa una situación preocupante y es por ese motivo que se plantea realizar una investigación y conocer cuáles son las prácticas y conocimientos de autocuidado durante el proceso de la gestación.

La Organización Mundial de la Salud planteó como objetivo del milenio disminuir la mortalidad materna para el año 2015 por el alto porcentaje de muertes y las consecuencias y/o secuelas que dejan cada día.

Por consiguiente, es conveniente considerar que las actividades de intervención deben realizarse en el primer nivel de atención enfocándose en acciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades en mujeres embarazadas que afectan su calidad de vida, originando complicaciones que puedan presentarse durante la gestación.

Por otro lado, la estructura de dicha investigación cumple con criterios científicos - éticos y está organizada de las siguientes maneras.

Capítulo I: Este capítulo está estructurado por un planteamiento del problema, formulación del problema y la justificación, donde fundamenta que existe un conflicto de salud pública que perjudica tanto a la gestante y al futuro recién nacido. También encontramos los objetivos, el general expresa el propósito central del problema de la investigación y encamina a solucionarlo y los específicos están destinados a concretar y facilitar el cumplimiento del objetivo general mediante pasos o indicadores que se proponen en el proceso de la investigación.

Capítulo II: Exponemos el marco contextual histórico social de la realidad del distrito de Comas donde se va realizar el trabajo de investigación, también se

cuenta con el marco teórico - conceptual, donde se explica todo el cambio que tiene una mujer embarazada y el tipo de autocuidado que necesita.

Asimismo, se cuenta con antecedentes de investigaciones internacionales y nacionales de diversos autores y se plantea la hipótesis.

Capítulo III: En este capítulo se encuentra los aspectos metodológicos, en el cual se va tener en cuenta el tipo y diseño de la investigación; la población, muestra y muestreo; las variables y técnicas e instrumentos de recolección de datos que incluye 3 fases para la recopilación de información, además de los criterios de inclusión y exclusión para la realización de la encuesta; las técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos y finalmente los aspectos éticos donde se describen de manera clara y precisa los principios de autonomía, benevolencia, no maleficencia y justicia que se aplicaron durante toda la investigación.

Capítulo IV: Se encuentra los resultados, los cuales dan respuesta a cada uno de los objetivos que se plantearon en el capítulo 1. Se podrá observar los gráficos enumerados con sus respectivas descripciones. Posteriormente encontramos la discusión, donde se compara las similitudes o diferencias de nuestros resultados con otras investigaciones y también se describe la justificación de nuestra razón de lo que se obtuvo.

Capítulo V: Finalmente, en este capítulo se conocerá las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

Las autoras.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte materna es un problema de salud pública que aqueja mayormente a países pobres del mundo y tiene gran impacto familiar, social y económico.

La Organización Mundial de Salud (OMS), reporta en el año 2012 que la mortalidad materna es injustificablemente alta. En el mundo cada día mueren 800 mujeres por complicaciones en la gestación o el parto. En el 2010 fallecieron 287 000 mujeres durante el embarazo, parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes sucedieron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse prevenido^(1,2).

En base a esta problemática en el año 2000, con la participación de 191 países aprobaron los ocho Objetivos del Milenio (ODM), en el cual uno de ellos es el quinto Objetivo del Milenio que se basa en mejorar la salud materna, y las metas son disminuir la mortalidad materna en un 75% para el 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva⁽¹⁻³⁾.

Sin embargo, los avances realizados hasta ahora en la reducción de la mortalidad materna y la prestación de servicios de planificación de la familia en los países subdesarrollados han sido demasiado pausados para que se alcancen las metas en el plazo determinado.

Así pues, en América Latina y El Caribe, la Razón de Muerte Materna (RMM) ha tenido un descenso importante en este periodo (de 140 x 100 mil nacidos vivos en 1990, a 100 x 100 mil nacidos vivos en el 2000, y a 80 x 100 mil nacidos vivos en el 2010). Sin embargo, Haití y Bolivia exponen la razón de muerte materna más elevada (350 y 190 x 100 000 nacidos vivos (NV), respectivamente, los países de Centro América (Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), tienen tasas intermedias, entre 120 y 92 x 100 000 nacidos vivos. En Sud América: Paraguay, Venezuela, Colombia y Argentina, presentan RMM medias altas, (99 y 73 x 100 000 NV), Perú y México muestran RMM intermedias (67 y 50 x 100 000 NV), mientras que Costa Rica, Uruguay y Chile tienen las RMM más bajas de la región (40 a 25 x 100 000 NV)⁽⁴⁾.

En el Perú de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) la RMM para el período 2004/2010 fue de 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, mostrando avances importantes respecto a lo analizado en el período 1990/1996, que llegó a 265 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, convirtiéndose así en uno de los países que más ha progresado en la disminución de mortalidad materna en el mundo y con posibilidad de llegar a cumplir la meta del quinto objetivo del milenio⁽⁵⁾.

Sin embargo, al interior de nuestro país la reducción de la mortalidad materna, no se ha dado de forma homogénea, ya que según el Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2013 la mortalidad materna es mayor en Puno (14%), Piura (13%) y Lima (13%), mientras que Apurímac, Pasco y Huancavelica notificaron 0 muertes maternas ese año y se han mantenido por debajo de 3 muertes maternas desde el año 2011. Otro aspecto relevante es el ciclo de vida en que ocurren las muertes maternas en nuestro país; en relación a ello, en el año 2012, el 9,6% de muertes se dio en mujeres de 12 – 17 años, el 45,8% de 18 – 19 años y el 44,6% de 30 – 59 años, concluyendo que la edad promedio es 28 años, mínima 13 años y la máximas 45 años⁽⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la muerte materna en tres tipos: directa, indirecta e incidental o accidental⁽⁷⁾. La distribución porcentual de las muertes maternas en Perú, en el año 2011, de acuerdo al tipo es como sigue: incidentales 22 (5%), directas 339 (73%), indirectas 103 (22%), sumando un total de 464 defunciones, que dan una RMM estimada de 61 x 100 000 NV⁽⁶⁾.

Las causas de la mortalidad materna son las complicaciones que se producen durante la gestación y parto; algunas aparecen durante el embarazo, otras antes y se agravan con la gestación. Las principales complicaciones son causantes del 80% de las muertes maternas, y son las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia) y los abortos peligrosos, en las cuales todas estas son evitables⁽⁴⁾.

En Perú, las causas directas de mortalidad materna en el año 2012 son: hemorragia (40.2%), hipertensión gestacional (32%), aborto (17.5%), infección

(4.1%), otros (6.1%) y la causa indirecta es la enfermedad del sistema respiratorio (14%)(6-8).

Existen algunas investigaciones que señalan actividades de autocuidado que pueden ayudar a prevenir la mortalidad materna, por ejemplo: Castillo, Fernández y García, señalan que “recomendar una dieta rica en proteínas, evitando los alimentos abundantes en sodio y abandonando el uso del salero en la mesa” puede disminuir los riesgos de la pre eclampsia⁽⁹⁾.

Merino y Maldonado, manifiestan que “las condiciones higiénicas inadecuadas o mal hábito que tienen las gestantes al momento de realizar la limpieza de sus genitales puede causar infecciones, en el cual se debe en muchos casos, al poco interés de la población femenina en aplicar los hábitos higiénicos adecuados”⁽¹⁰⁾.

Por tal motivo, es importante reforzar las prácticas de autocuidado en las gestantes ya que éste es clave en la prevención y control del embarazo, para posteriormente disminuya las estadísticas mundiales de muertes maternas y por ende dejando que esto sea un problema social.

Por otro lado, a pesar de que existen dificultades que enfrentan las mujeres embarazadas para modificar sus conductas nocivas en la preservación de su salud, también existen estrategias que consiste en educar sobre los factores de riesgo y la forma en que estos se puedan modificar para prevenir, disminuir o controlar las complicaciones de la gestación.

Carmona, Hurtado y Marín, refieren que “Entre los factores de riesgo que pueden intervenir negativamente durante el embarazo se encuentra, el alcohol y el tabaco, cuyo consumo perturban el desarrollo del embarazo y crecimiento del bebé, lo cual puede determinar que el niño tenga bajo peso al nacer y otras complicaciones más severas. Abstenerse de consumir estos tóxicos posibilitará que el bebé crezca sano y fuerte”⁽¹¹⁾.

Larios, señala que “Las conductas de riesgo de mayor prevalencia fueron: el uso de ropa inadecuada, la no búsqueda de información, el no control de peso, no evitar estados de estrés, no realizar caminatas o ejercicios favorables y la

inasistencia a control prenatal durante el primer trimestre del embarazo”. Sólo la falta de asistencia a control prenatal ha sido reportada en diferentes investigaciones epidemiológicas como conducta de riesgo⁽¹²⁾.

Es aquí donde cobra un real significado el concepto de autocuidado y las capacidades de éste, en el cual las mujeres embarazadas deben desarrollar sus habilidades que les permita cuidar su salud.

Por tal razón, Orem menciona que hay 10 componentes de las facultades de la agencia de autocuidado y dentro de ellos está la “habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y para hacer operativas estas operaciones”, sin embargo esto no se toma en cuenta en el momento que una gestante opta por prácticas inadecuadas durante el embarazo, afectando el equilibrio de bienestar de 2 seres vivos y teniendo graves consecuencias⁽¹³⁾.

Por lo tanto, no se nace con el autocuidado, sino que se aprende con el pasar de los años, cada persona lo realiza de diferente forma según sus creencias y costumbres y lo aplica en cada etapa de la vida de manera personal, familiar y dentro de su comunidad. Dentro de las etapas de vida, la gestación es una condición de salud pública que involucra a todas las mujeres en edad fértil y requieren de cuidados y seguimiento para prevenir complicaciones, pues la madre es quien dará las atenciones principales para el desarrollo del futuro bebe.

Entonces, cuando hablamos de autocuidado, nos referimos a la prevención contra aquello que nos pueda causar daño a nosotros mismos, de tal modo que se realiza acciones que favorezcan nuestro completo bienestar físico,

Basándonos en los cuidados de las gestantes que acuden al Centro de Salud Collique III Zona, se logra observar que un porcentaje de mujeres desconocen acerca de paquete de atención a la gestante, el cual brinda el Ministerio de Salud, al interactuar con algunas de ellas refieren no practicar los ejercicios prenatales y de no asistir a las visitas con su personal de salud encargado, por otro lado al revisar el libro de vacunaciones se encuentra que algunas gestantes no han culminado las dosis de sus vacunas lo cual amerita conocer

mejor su propio cuidado durante esta etapa de vida porque es ella quien está a cargo; saber de su propia experiencia y sus conocimientos empíricos que practica para conservar su vida, bienestar y salud basado en los conocimientos que posee es enriquecedor para nuestra investigación.

Cotidianamente se ha observado la insuficiencia en prácticas y conocimientos en autocuidado de la mujer embarazada durante las visitas seguidas al Centro de Salud y es relevante para poder abordarlas.

FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por las razones anteriormente expuestas, decidimos plantear el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del Centro de Salud “Collique III Zona”, Comas - 2014?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

- Determinar las prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del Centro de Salud “Collique III Zona”, Comas - 2014.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las prácticas de autocuidado general en mujeres embarazadas del Centro de Salud “Collique III Zona”, Comas - 2014.
- Identificar las prácticas de autocuidado de desarrollo personal e interacción social en mujeres embarazadas del Centro de Salud “Collique III Zona”, Comas – 2014
- Identificar los conocimientos de autocuidado específicos de salud en mujeres embarazadas del Centro de Salud “Collique III Zona”, Comas - 2014

1.3 JUSTIFICACIÓN

El trabajo de investigación que presentamos nace debido a las carentes investigaciones que existen sobre la tesis de autocuidado en mujeres gestantes, por esta razón se tiene la necesidad de valorar y diagnosticar las prácticas de autocuidado en las gestantes para luego conocer la problemática de este tema.

El propósito es aportar a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades en el primer nivel de atención, enfocándose hacia el autocuidado en la mujer embarazada; lo cual solicita del estudio de la realidad actual que padecen las gestantes, sus prácticas, conocimientos y recursos para afrontar los cambios y cuidados de este proceso.

Por tal motivo basándonos en la definición de Orem, hacemos mención que un adecuado autocuidado evitaría complicaciones en la gestante, pero sobre todo repercutiría positivamente en el crecimiento y desarrollo de un nuevo ser.

Por otro lado, es necesario enfatizar que las complicaciones durante el embarazo en el Perú, son principales causas de morbilidad en mujeres gestantes, por tal razón se pretende conocer cuáles son las prácticas de autocuidado que tienen las mujeres embarazadas y de esta manera prevenir complicaciones perinatales.

Basándonos en esta problemática pretendemos que la información que se obtenga del trabajo de investigación sea útil para la carrera de enfermería, creando estrategias de prevención para aplicarlo en las diferentes regiones del país donde el profesional de enfermería labore. Esto también servirá de evidencia científica, quedando como antecedentes para otras investigaciones que se realicen en el primer nivel de atención enfatizando el autocuidado.

Desde el punto de vista de la carrera de enfermería este estudio se hace vital para proyectos de educación para la salud desde un planteamiento centrado en la realidad que refieren por los sujetos de investigación dentro de su propio entorno, lo cual se destaca en los resultados del presente estudio en términos

de sus prácticas y conocimientos, que llevaron a cabo para el autocuidado de la gestante.

Se desea entonces, que la tesis aporte nuevos elementos que ayuden de soporte para el replanteamiento y reconceptualización de las prácticas que el personal de salud lleva en los servicios en la actualidad con relación al cuidado de la gestante con la finalidad de sugerir propuestas que impliquen a mejorar la salud de la mujer en estas etapas mediante las prácticas constantes de autocuidado.

Todo lo precedente posibilita diferenciar la presente tesis con otras investigaciones, ya que se encauza no solo en evocar los aspectos mencionados a lo largo de éste, sino que pretende que la información sea beneficiosa en los programas de promoción de la salud, para lograr modificar positivamente las prácticas de las gestantes y el manejo adecuado durante la gestación, convirtiéndose dicho estudio en una respuesta a futuras investigaciones que sugieren ampliar programas de promoción de salud relacionada con complicaciones durante el embarazo, especialmente en nuestro país, donde la morbilidad de gestantes es elevada y hay pocos estudios de investigación al respecto.

Por último, cabe destacar la importancia que juega el rol de enfermería, ya que es el profesional de salud quienes se encargan de planear, dirigir y aplicar los programas de prevención primaria a nivel nacional y con la gran responsabilidad que lo caracteriza ve a la persona no solo de manera individual sino de manera holística, involucrando a la familia y comunidad dentro de sus intervenciones. En el trabajo de investigación no solamente evalúa a la gestante, también el apoyo con el que cuentan durante su proceso de gestación ya que esto es fundamental para llevar un embarazo deseado y por lo tanto que en esos 9 meses la madre y el futuro bebé lleven una relación favorable para ambos, creando así un ambiente de armonía y bienestar en el hogar.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1 Distrito de Comas

El distrito de Comas es uno de los 43 distritos que conforman la provincia de Lima. Se encuentra ubicado en el Cono Norte de Lima Metropolitana, en la cuenca baja y margen izquierda del Río Chillón, pertenece a la región natural de la costa, provincia y departamento de Lima. Se encuentra a una altitud de 140 y 811 m.s.n.m., con coordenadas geográficas de 11° 56' 48" de latitud sur y 77° 02' 48" de longitud oeste.

Este fue una de las primeras invasiones organizadas que comenzaron a poblar la periferia de Lima Metropolitana por la década del 60 del siglo XX, los primeros pobladores del distrito, fueron emigrantes provincianos acriollados que habían llegado desde 1940.

Se dice que en el año 2006 el Mapa de Pobreza de Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES) ubica al distrito de Comas en el quintil 5 y tiene 0% de población rural.

La población de Comas es predominantemente adulta, pues le corresponde el 55% del total de la población, así mismo la etapa de vida niño presenta un 17% y la población adolescente 18%. Si tenemos en cuenta el género, a nivel global el distrito cuenta con una población mayoritariamente femenina más no así por etapas de vida; ya que en la etapa de vida niño y adulto mayor la predominancia corresponde al sexo masculino. La población de gestantes tiene un total de 9,756.

Por otro lado, la tasa global de fecundidad a nivel distrital según el último censo nacional del año 2007 nos da un valor de 2,37; siendo considerado de nivel bajo.

Asimismo, el Censo del 2007 revela un tasa total de analfabetismo de 1.9% en el distrito de Comas y un 3.1% de tasa de analfabetismo de la población de género femenino⁽¹⁴⁾.

2.1.2 Reseña histórica del Centro de Salud “Collique III Zona”

El Centro de Salud “Collique III Zona”, está ubicada en la localidad del mismo nombre en el distrito de Comas, comenzó a funcionar como tal desde el año 1979 en el centro parroquial de la zona y posteriormente funcionó en varias casas alquiladas, hasta que el 14 de julio de 1984 contó con su propio local con un área de 200 m². Posteriormente, gracias a un proyecto de ampliación, ejecutado por Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos (PRONAMACSH) se concretó un inmueble de dos niveles construido en material noble que fue entregado al Ministerio de Salud en el año 1996, pasando a convertirse en Centro Base de Salud por su ubicación y accesibilidad geográfica.

Por otro lado, la población por etapas de vida, del Centro de Salud es predominantemente adulto con un total de 23.891 y la etapa que tiene menor población es niño con un total de 7.127 y en la distribución poblacional por sexo se dice que el sexo femenino predomina con un 50.5%. Por otro lado, la población de gestante es de 720⁽¹⁵⁾.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Internacional

Gualpa E. y Sigüenza C, en Cuenca – Ecuador, en 2012, realizaron un estudio sobre: “Conocimientos actitudes y prácticas sobre el control prenatal, embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga” con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el control prenatal en embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga. El método que utilizaron fue estudio descriptivo, transversal, donde se aplicó como instrumento la encuesta a través de un formulario previamente diseñado. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

Las prácticas de las embarazadas acerca del control prenatal es deficiente y no tienen relación con los conocimientos, mientras que las actitudes son adecuadas⁽¹⁶⁾.

Zavala J. y Zavala J, en La Libertad - Ecuador, realizaron un estudio sobre “Evaluación de Conocimientos sobre Embarazo en Adolescentes de Bachillerato del Colegio Fiscomisional a distancia “Don Bosco” extensión Valdivia, Manglaralto, Santa Elena 2011-2012” con el objetivo de evaluar los conocimientos sobre embarazo en los adolescentes de dicho colegio. El método que se utilizó fue descriptivo transversal. La población estuvo constituida por 127 estudiantes, con una muestra de 29 adolescentes. El instrumento utilizado fue un cuestionario elaborado con preguntas abiertas y cerradas. Concluyeron entre otros:

Los y las adolescentes tienen conocimientos deficientes con relación a la definición de adolescencia, consecuencias sobre el embarazo adolescente, uso correcto y beneficios de los métodos anticonceptivos; además de que la mitad no recibe información sobre sexualidad⁽¹⁷⁾.

Serrano E. y Meneses T, en Milagro - Ecuador, en el año 2009, realizaron un estudio sobre “Autocuidado en mujeres embarazadas en el Subcentro de Salud Los Vergeles” con el objetivo de determinar las causas y complicaciones sobre lo que refiere en Autocuidado en Mujeres embarazadas, el método fue descriptiva, proyectiva, se utilizó los instrumentos de recolección y procesamientos de la información, llegando a las siguientes conclusiones:

Se comprobó la carencia de desconocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre la importancia del autocuidado, esto hace que la madre no lleve un debido control de su producto, además que no tenga una nutrición equilibrada ingiriendo alimentos⁽¹⁸⁾.

Castillo E., Fernández Y. y García M, en Puerto Ordaz – Venezuela, en 2009, realizaron un estudio sobre “Diseño de un plan de instrucción para la prevención de la pre-eclampsia y eclampsia en adolescentes embarazadas que consultan en el hospital Uyapar de Puerto Ordaz. I Semestre 2009” con el objetivo de diseñar un plan de instrucción para la prevención de la pre-eclampsia y eclampsia en adolescentes

embarazadas que consultan en el Hospital Uyapar de Puerto Ordaz. I Semestre 2009. El método que utilizaron fue un estudio descriptivo, transversal, donde se aplicó como instrumento la encuesta a través de un cuestionario de 20 preguntas. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

Se constató que las adolescentes tienen una información que no supera el 40% las enfermedades en las embarazadas con relación a las generalidades mínimas sobre la pre-eclampsia y eclampsia. Este estudio proyectivo va dirigido a las adolescentes para la prevención de la pre-eclampsia y eclampsia⁽⁹⁾.

Carmona M., Hurtado Y. y Marín G, en Valencia – España en 2007, realizaron un estudio sobre “Propuesta de un programa sobre autocuidado en Salud, dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal del Hospital Distrital Bejuma, Estado Carabobo” con el objetivo de proponer un programa de promoción de autocuidado en salud dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal, Hospital Distrital Bejuma, Estado Carabobo. El punto de vista metodológico corresponde a un tipo de estudio descriptivo, la recolección de datos se realizó a través de un instrumento que constó de 36 ítems con una con una escala de medición binaria de respuestas dicotómicas cerradas. Concluyeron entre otros:

Determinaron un nivel medio (61%) y bajo (39%) de información, de las adolescentes participantes; distribuidos de acuerdo a los indicadores: Proceso de parto 90% no posee información 10% si; Nutrición Materna 87% posee información y 13% no; Higiene Personal 66% posee información 34% no; Consulta Prenatal 59% posee información y un 41% no⁽¹¹⁾.

Merino M. y Maldonado I, en Milagro – Ecuador en 2012, realizaron un estudio sobre “Factores que influyen en las infecciones de vías urinarias en las mujeres embarazadas y empleo del autocuidado, área de consulta externa del Hospital El Triunfo” con el objetivo de determinar los factores que influyen en las infecciones de vías urinarias en las mujeres embarazadas que asisten al área de consulta externa del Hospital “El

Triunfo”. El tipo de metodología aplicado es explorativo, analítico, descriptivo teórico – empírico, la técnica para la recolección de datos fue la observación directa e indirecta mediante una matriz y una encuesta que consta de 56 preguntas. Concluyeron entre otros:

El mitad de la población observada tiene infección de vías urinarias en el periodo de 1- 2 semana de gestación, El 66%de las gestantes solo accedieron a un examen elemental de orina⁽¹⁰⁾.

Larios A, en Montemorelos – México 2002, realizó un estudio sobre “Prevalencia de factores y conductas de riesgo durante el embarazo en adolescentes” con el objetivo de describir la prevalencia de los factores y conductas de riesgo presentes durante el embarazo en adolescentes. La metodología utilizada fue descriptiva de corte transversal, donde se aplicó como instrumento el cuestionario de factores y conductas de riesgo en adolescentes durante su embarazo (CFYCRDE) que consta de 42 preguntas. Concluyó entre otros:

Factores de mayor prevalencia en las adolescentes fueron patología obstétrica (60%), mayormente la infección de vías urinarias (16.6%), patología previa (34.4%), específicamente la anemia (15.6%), la inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo (26.7%)⁽¹²⁾.

Poma M. y Quevedo L, en Cuenca - Ecuador 2013, realizaron un estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado durante la gestación, en mujeres que acuden al control prenatal en el Subcentro de salud de Ricaurte” con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado durante la gestación. El estudio utilizado fue cuasi experimental, con una muestra de 89 embarazadas y la técnica aplicada fue la entrevista estructurada que consta de 33 preguntas variadas. Concluyeron entre otros:

El 58.6% tiene poco conocimiento sobre autocuidado durante el embarazo, 31.9% no tiene ningún conocimiento y solo el 9% tiene suficiente⁽¹⁹⁾.

2.2.2 Nacional

Flores M. e Ylatoma C, en Tarapoto – Perú 2012, realizaron un estudio sobre “Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud Morales, junio – setiembre 2012”, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y sus actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, Junio - Setiembre 2012. Se realizó el estudio descriptivo de corte transversal, de diseño de investigación correlacional. La muestra estuvo conformada por 31 gestantes las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para medir la variable nivel de conocimiento se utilizó como método la encuesta y se aplicó un test adaptado según la Escala Likert para evaluar las actitudes frente a los signos y síntomas de alarma en el embarazo. Concluyeron entre otros:

Se encontró que en el grupo etario de 20 a 34 años de edad fue de 54.8%; el 74.2% refiere haber recibido información sobre el tema; el 71% recibió dicha información por parte de un profesional de salud. El 51.6% tienen un conocimiento alto del tema. Se encontró que el 41.9% de la muestra estudiada identifica al sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico como los signos y síntomas reconocidos por ellas. Así mismo el 96.8% tiene una actitud favorable con respecto a los signos y síntomas de alarma del embarazo⁽²⁰⁾.

Hinostroza R. y Gamonal D, en Tarapoto - Perú, en 2011, realizó un estudio sobre “Nivel de Conocimiento sobre Estimulación Prenatal en Gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio - diciembre 2011” con el objetivo determinar los conocimientos sobre estimulación prenatal del mencionado hospital. El método que utilizó fue descriptivo transversal. La población estuvo constituida por 133 gestantes. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

El nivel de conocimiento que tienen las gestantes atendidas sobre la estimulación prenatal, es bajo presentándose en mayor porcentaje en gestantes casadas, con estudios secundarios y que viven en zona urbana; asimismo más de la mitad conocen el concepto y los beneficios de estimulación prenatal⁽²¹⁾.

2.3 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.3.1 Embarazo

Según la OMS, el embarazo en una mujer es una evolución fisiológica que acontece desde la implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto. El embarazo tiene una durabilidad de 280 días o 40 semanas a partir del primer día de la última regla. La estimación de la fecha factible de parto también se puede considerar partir de la fórmula de Naegelie⁽²²⁾.

A. Modificaciones físicas debidas al embarazo

▪ Alteraciones cardiovasculares

- a. Varices:** La aparición de las varices se debe al impedimento del retorno venoso y aumenta la presión venosa en piernas y pelvis menor por la compresión del útero gestante. Puede aparecer en la vulva y en las extremidades inferiores.

Para disminuir la aparición de varices se debe optar conductas, como pasear, descansar con las piernas en alto, uso de medias elásticas. Para dormir o descansar se debe adoptar la posición decúbito lateral izquierdo, que evita la compresión de la vena cava por el útero gestante⁽²³⁾.

- b. Edema de pies:** El edema también se debe al inconveniente del retorno venoso. La conducta adecuada es descansando con los miembros inferiores en alto. Los edemas disminuyen con el descanso.

- c. **Mareos:** Se producen por vasodilatación. Para que no ocurra mareos, se debe evitar los cambios posturales bruscos y realizar respiraciones profundas.
- d. **Hemorroides:** Pueden presentarse al desenlace de la dificultad del retorno venoso, teniendo en cuenta que el estreñimiento es una de las causas de origen. Para evitar la aparición de hemorroides se debe tener una alimentación rica en fibras, ingesta hídrica apropiada, baños de asiento con agua fría y descansar en decúbito lateral izquierdo.
- e. **Anemia fisiológica de la gestante:** El incremento de la volemia de un 35 – 40%, causa hemodilución y anemia fisiológica en el embarazo. Durante la gestación se produce la hemodilución, ya que el volumen plasmático aumenta, como promedio, entre 25 y un 50%, por lo cual, ocurre un cambio en la relación entre hematíes y volumen plasmático. Como consecuencia, el hematocrito decae hasta un 35% y la hemoglobina hasta 11.5 – 12g.

El consumo de los alimentos ricos en hierro es importante para el desarrollo del feto, la placenta, la síntesis de eritrocitos adicionales y reponer las pérdidas del parto, Por eso es sustancial que la anemia nutricional deba ser prevenida con un apropiado consumo de hierro durante el embarazo o la edad fértil.

▪ **Alteración cutánea**

- a. **Cloasma, meclasma o máscara del embarazo:** Pigmentación en aspecto de manchas de color café en el rostro, por estimulación de los melanocitos. Para disminuir las manchas en la cara se debe aplicar cremas de protección solar, pero suelen desaparecer luego del parto⁽²³⁾.

- b. Línea alba:** Pigmentación de esta línea, que es la que va del ombligo al pubis. Esta pigmentación suele ausentarse después del parto.
- c. Estrías cutáneas:** Se producen por la rotura de las fibras de colágeno de la piel. La conducta que se debe optar es administrar cremas y lociones hidratantes, sin embargo, son pocas efectivas. Están muy relacionadas con el aumento de peso – volumen y la elasticidad de la piel, por lo que suelen aparecer en las mamas, región glútea y zona abdominal⁽²³⁾.

▪ **Alteraciones digestivas**

- a. Gingivitis:** Inflación de las encías. En estudios realizados se han encontrado que el aumento de estrógenos y progesterona durante el embarazo puede desencadenar enfermedades odontológicas. La Academia Americana de Periodoncia ha publicado una revista de diversas enfermedades sistémico para los cuales las enfermedades periodontales podrían ser un potencial factor de riesgo dentro de estos incluye prematuridad, bajo peso al nacer y otros⁽¹⁹⁻¹⁸⁾.
- b. Épulis:** Pequeña tumoración de la encía en la gestante, que es debido al incremento de estrógeno, al déficit de folatos, a la presencia de gonadotropina coriónica humana (HCG) en la saliva y existe una recaída si hay alguna enfermedad dental preexistente. Por eso es sustancial que toda mujer embarazada en el periodo preconcepción, o al inicio de la gestación visite al odontólogo para una revisión, y posteriormente efectúe los cuidados que de ella se deriven, una alimentación equilibrada y una adecuada higiene dental. El épulis se ausenta después del parto^(24,25).
- c. Cambios metabólicos:** Al principio, hay predisposición a la hipoglucemia (la glucosa se “saca” de la sangre para almacenarla en los tejidos) mientras que, en la segunda mitad del embarazo,

hay inclinación a la hiperglucemia (la glucosa almacenada primeramente se “saca” de los tejidos para verterla en la sangre y que puede llegar al feto). En el 1° y 2° trimestre del embarazo, el metabolismo es anabólico (aumenta los depósitos de grasa) y en el 3° trimestre es catabólico (consumo de depósito de grasa). Aumenta la producción de saliva (ptialismo), apetito y sed.

- d. Pirosis:** Es el reflujo de las secreciones gástricas que dan sensación de ardor retro esternal. Suelen manifestarse en el tercer trimestre y es debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior.

Las gestantes deben optar por conductas adecuadas, como ingerir 5 – 6 comidas al día, pero con poca porción, evitar alimentos fritos y grasas (que relajan el esfínter esofágico inferior) descansar en posición semisentada, no dormir hasta que haya pasado al menos dos horas después de la cena y echarse ligeramente semiincorporada, por ejemplo, con más de una almohada.

- e. Estreñimiento:** La progesterona produce relajación de la musculatura intestinal y reduce el peristaltismo, lo que ocasiona estreñimiento.

▪ **Alteraciones muscoesquelético**

- a. Calambres:** Se producen por insuficiencia de la circulación periférica, que dificulta el retorno venoso en extremidades inferiores y alteraciones en los niveles de fósforo y calcio.

Las conductas que deben optar las gestantes es aumentar la ingesta de alimentos ricos en calcio, usar calzado cómodo con poco tacón y efectuar ejercicios circulatorios⁽²³⁾.

b. Lumbalgias y molestias pélvicas: De debe al aumento progresivo de la lordosis, por la modificación del centro de gravedad de la mujer a medida que el útero aumenta de tamaño, y a la relajación de las articulaciones sacro iliaco, sacro coxígeas y pélvicas. En este caso se debe optar conductas adecuadas; como: dormir en cama dura, utilizar calzado cómodo y hacer ejercicios⁽²³⁾.

▪ **Alteración en el aparato urinario**

Las infecciones de vías urinarias constituyen una de las complejidades infecciosas más frecuentes durante la gestación y son culpables de un alto porcentaje de morbimortalidad perinatal y materna. Las mujeres embarazadas desarrollan infecciones urinarias debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos. Algunas de las alteraciones son las siguientes:

a. Aumento del volumen renal: Los riñones incrementan de tamaño y realiza una dilatación pélvica uretral. Además, la relajación del musculo liso inducido por la progesterona y cambios en el pH urinario.

b. Se retrasa la eliminación urinaria: Lo que fomenta la aparición de infecciones urinarias. Se recomienda el vaciamiento completo de la vejiga en forma reiterada y posteriormente de tener relaciones sexuales.

c. Aumento del flujo plasmático renal y el filtrado glomerular: Por lo que se eliminan en mayor proporción sustancias como la urea y la creatinina, por lo cual, disminuye su concentración en plasma sanguíneo.

d. Polaquiuria: Se produce por la compresión del útero sobre la vejiga, la cual disminuye su capacidad, esto ocurre principalmente en el primer trimestre y en el último.

Según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, recomienda el consumo de abundantes líquidos (>2 litros/día) en mujeres embarazadas⁽²⁶⁾.

▪ **Alteraciones en el aparato respiratorio**

- a. Protrusión de las costillas inferiores
- b. Disnea sobre todo debida a compresión mecánica. Elevación del diafragma 4cm a partir del tercer trimestre. Disnea del embarazo: debido al volumen del útero algunas mujeres pueden presentar dificultad respiratoria.

▪ **Alteración del aparato reproductor**

- a. **Leucorrea:** Es un incremento de la secreción cervical por la acción hormonal. Ante este contexto la gestante debe tener higiene diaria de genitales externos, no hacer lavados ni duchas vaginales, excepto cuando exista indicación facultativa, no utilizar tampones y usar ropa de algodón⁽²³⁾.

B. Medidas dietéticas

Durante la gestación se requiere cubrir las necesidades de energía, proteínas y grasas de la madre como del feto, asimismo para el metabolismo y depósito de ambos. Una madre que no cubre sus necesidades de energía potencia el riesgo de retardo en el crecimiento intrauterino y la mortalidad natal.

La OMS indica para las gestantes una ingesta adicional de 285 kcal/día para las mujeres que conserven su grado de actividad física y aquellas que restringe dicha actividad es de 200 kcal/día, distintos estudios revelan que las necesidades de energía van a depender de los depósitos de grasa materna al instante de la concepción⁽²⁷⁾.

El porcentaje de energía proveniente de las grasas debe ser mayor al 20% de la energía total consumida para permitir la ingesta de ácidos

grasos esenciales y la absorción de las vitaminas liposolubles (vitaminas A, D, E, K). La dieta de la gestante debe afirmar un adecuado consumo de ácidos grasos poliinsaturados, incluyendo los ácidos linoléico y linolénico, los y cuales se encuentran principalmente en aceite de semillas, como maíz, girasol, maní, oliva otros.

Durante la gestación se debe fomentar el consumo de alimentos de origen animal, ya que son fuentes de proteínas de alto valor biológico, es decir que contiene los aminoácidos esenciales para el organismo, vitaminas y minerales de alta biodisponibilidad, las cuales son indispensable para el crecimiento y desarrollo del feto, la placenta, los tejidos maternos y posteriormente a la producción de leche.

También es primordial que toda gestante consuma ácido fólico, ya que esto ayuda a producir los glóbulos sanguíneos adicionales que necesita. El ácido fólico es elemental para el crecimiento de la placenta y del feto. Se dice que esta vitamina es forzosa para la producción del ADN. Sin las cantidades apropiadas de ácido fólico, la cavidad de división de las células podría verse afectada y probablemente provocar un crecimiento pobre del feto o la placenta. Una de los más graves resultados de la deficiencia de ácido fólico es el defecto del tubo neural. Lo más conveniente es que la mujer consuma esta vitamina antes del embarazo; si fuese una gestación no planificada se debe realizar el consumo en el primer trimestre de la gestación. El ácido fólico está presente en todo tipo de carnes rojas, vísceras, pescados y mariscos.

Asimismo, es sustancial el consumo de calcio, para evitar pérdidas importantes de este mineral en los huesos de la madre, tanto en la etapa de la gestación como de la lactancia. Existen evidencias de que la deficiencia de calcio está asociada con un aumento en el riesgo de hipertensión inducida en el embarazo, la cual incluye pre-eclampsia, eclampsia e hipertensión⁽²⁸⁾. En el Perú el consumo de calcio es deficiente y su bajo consumo está asociado con osteoporosis en la edad adulta. Por eso es importante recomendar el consumo diario de

leche, yogurt o queso tanto en la mujer gestante como en todas las etapas de vida⁽²⁷⁾.

De igual forma se hace mención de la importancia del consumo de verduras y frutas ya que son fuente de vitamina A, vitamina C y fibra. En las gestantes es importante ya que los vegetales y frutas contienen alto carotenos, como papaya, mango, plátano de isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscura (espinaca, acelga). La alimentación con apropiado aporte de grasa contribuirá a una mejor absorción de esta vitamina.

Por otro lado, el consumo diario de alimentos ricos en vitamina C, va disminuir los problemas de pre-eclampsia, eclampsia y rotura prematura de la membrana⁽²⁸⁾. De igual manera es importante el consumo de las fibras porque va disminuir que las gestantes sufran de estreñimiento. Las mujeres embarazadas presentan estreñimiento a causa de la disminución de la motilidad intestinal, inactividad física y presión que ejerce el peso del útero a nivel de los intestinos⁽²⁷⁾.

Durante la gestación también se tiene que reducir el consumo del café, ya que existe estudios epidemiológicos que señalan la asociación, que más de ocho tazas de café produce mayor frecuencia de abortos, asimismo, el café, té, coca y chocolate, interfieren en la absorción del hierro proveniente de alimentos de origen vegetal. Es necesario también disminuir el consumo de gaseosa, golosinas y dulces, porque su consumo exagerado puede ocasionar problemas de sobrepeso y/u obesidad⁽³⁰⁾.

El Abandono de hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, etc.) durante la gestación es importante, dado que estas sustancias tienen consecuencias dañinas en el feto. Se ha evidenciado que el consumo de éstos se asocia con peso bajo al nacer y un aumento de la incidencia de complicaciones graves, como la implantación baja de la placenta y el desprendimiento prematuro, pueden causar muerte en el periodo fetal⁽²⁸⁾.

C. Paquete de atención integral de salud de la gestante

- Atención prenatal: Vigilancia nutricional, administración de suplemento de: hierro, ácido fólico, planificación de parto: plan de parto, despistaje de cáncer ginecológico, inmunización con DT (Antidiftérica-Antitetánica), evaluación del bienestar fetal ecografía, paquete de exámenes auxiliares de la gestante (sangre: grupo y factor Rh, hematocrito, hemoglobina, glicemia, RPR, VIH (ELISA o tira reactiva) y otros exámenes según patología o complicaciones.
 - a. Consejería nutricional.
 - b. Consejería en salud reproductiva – planificación familiar.
 - c. Detección o eliminación de placa bacteriana.
 - d. Visita familiar integral, si no acude al control prenatal
 - e. Atención de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio: Aborto, enfermedades hipertensivas durante la gestación, hemorragia, Infecciones
 - f. Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos: Atención o referencia de problemas odontológicos, tuberculosis, malnutrición, infección de transmisión sexual, metaxénicas.

D. Seguimiento de la gestación

- **Control prenatal:** Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna – fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.
 - a. **Precoz:** Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo⁽³¹⁾.

- b. Periódico:** Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica.

La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores maternos o fetales que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento de riesgo y el seguimiento de problemas de salud.

- c. Completo:** Los controles prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

La frecuencia óptima de controles prenatales

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal hasta la 33 a 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas⁽³¹⁾.

- **Inmunización:** Según el esquema de vacunación

- a. Antidiftérica-Antitetánica (DT):** En las gestantes verificar los antecedentes de vacunación, si no han sido vacunadas previamente debe recibir dos dosis de DT con intervalo de 2 meses, a partir del 2do trimestre de gestación.

- b. Influenza:** Presentan alto riesgo de severas complicaciones y muerte. La transferencia de anticuerpos al recién nacido por la madre vacunada durante el embarazo, le brindarían protección durante los primeros 6 meses de vida. La indicación de vacunación incluye: Una dosis a partir del 4to mes de la gestación por vía intramuscular⁽³²⁾.

▪ **Suplementación de ácido fólico y hierro**

Durante el embarazo incrementa las necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Para un adecuado desarrollo del feto y para mantener su metabolismo durante los nueve meses de gestación.

En ocasiones la dieta no es idóneo y es necesario recurrir a la utilización de suplementos.

a. Ácido fólico. - El déficit de ácido fólico puede aumentar defectos del Tubo Neural (DTN).

Lawrence y Cols, revelan que las gestantes que consumían un suplemento de 400 µg/día de ácido fólico aminoraba la incidencia de DTN respecto al grupo sin suplemento⁽³³⁾.

El déficit de ácido fólico también podría ser causante de algunas situaciones mediadas por una vasculopatía placentaria como el aborto espontáneo, el desprendimiento prematuro de placenta y la pre eclampsia⁽²⁸⁾.

b. Hierro. - El hierro forma parte de la hemoglobina y por tanto participa en el transporte de oxígeno. A lo largo de la gestación la mayoría de las mujeres van a presentar cambios hematológicos secundarios a la deficiencia de hierro.

Además, el déficit de hierro perjudica el rendimiento cognitivo y el desarrollo físico de los recién nacidos. Los niveles de hemoglobina (Hb) elevados por encima de 13.5g/L se han asociado a hemoconcentración, hiperviscosidad sanguínea, con disminución de la perfusión placentaria, pre eclampsia, eclampsia y crecimiento intrauterino retardado (CIR)⁽³⁴⁾.

En la mayoría de los estudios revisados, la suplementación de hierro, con o sin ácido fólico, aumenta los niveles de Hb al

término, aunque no se ha demostrado que esto se traduzca en mejores resultados perinatales.

En el Perú, el objetivo, es asegurar el suministro adecuado a las gestantes y puérperas de hierro más ácido fólico, para disminuir la prevalencia de anemia y otras alteraciones durante el embarazo, a partir de las 14 semanas de gestación, en forma mensual.

Se considera protegida, cuando:

Recibe ácido fólico (500 mkg) durante el primer trimestre (hasta la semana 13)

Recibe, ácido fólico (400 mkg) y hierro (60mg) a partir de las 14 semanas hasta el parto.

Además de la entrega del insumo la gestante recibe la orientación/consejería y evaluación nutricional la misma que queda consignada en el cuaderno de seguimiento y carnet perinatal⁽³⁴⁾.

- c. **Calcio.** - Los suplementos con calcio ayudan a prevenir la pre-eclampsia, disminuir el riesgo de muerte o problemas graves en la mujer. Villar refiere que la suplementación con calcio también podría reducir la contractilidad del músculo liso uterino y evitar así el trabajo de parto y parto prematuros⁽³⁵⁾.

La suplementación con calcio tiene el atractivo de ser una intervención potencialmente efectiva en la reducción del riesgo de pre eclampsia en la mujer.

Sin embargo, hay estudios observacionales que hallaron una asociación inversa entre la ingesta de calcio materna y los trastornos de hipertensión del embarazo. Estudios clínicos también confirmaron que la suplementación con calcio reduce la

tensión arterial y los trastornos relacionados con la hipertensión (OMS)⁽³⁶⁾.

- d. Vitamina C.**-Constituye el principal antioxidante soluble en plasma. En su forma reducida actúa en la primera línea de defensa contra los radicales libres presentes en el plasma. Normalmente en los adultos se necesita una ingesta dietética de 75mg/día, pero durante el embarazo aumenta hasta 85mg/día.

La carencia de vitamina C provoca escorbuto, una enfermedad caracterizada por el daño en el tejido conectivo y hemorragia capilar, con sangrado gingival, cicatrización deficiente de las heridas, lesiones cutáneas y debilidad generalizada.

Los niveles séricos de vitamina C disminuyen progresivamente durante la gestación. Atraviesa la placenta por transporte activo y los niveles fetales son 2 - 4 veces más altos que los maternos.

Al igual que la vitamina E contribuye a prevenir el estrés oxidativo y por lo tanto se ha postulado que su suplementación podría disminuir la incidencia de pre eclampsia, crecimiento intrauterino retardado (CIR) y ruptura prematura de membranas (RPM)⁽³⁷⁾.

- **Psicoprofilaxis y estimulación prenatal**

La estimulación prenatal es un conjunto de procesos y acciones que potencian y promueven el desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona humana desde la concepción hasta el nacimiento; mediante técnicas realizadas a través de la madre con la participación activa del padre, la familia y la comunidad.

Sin embargo, la psicoprofilaxis es la preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante y también contribuye a el embarazo, parto y puerperio sin temor, ni dolor y a la disminución de la morbi-mortalidad materna perinatal. Se le brinda a la gestante a partir de las 28 semanas⁽³¹⁾.

Por lo tanto, la gestante debe recibir 6 sesiones de psicoprofilaxis y de estimulación prenatal durante el embarazo, según el Ministerio de Salud.

▪ **Atención odontológica**

Son conjuntos de intervenciones y actividades de salud bucal brindada a la gestante; incluye instrucción de higiene oral, profilaxis simple y tratamiento dental, realizada por el odontólogo, ya que se sabe que durante la gestación las mujeres tienen una descalcificación⁽³¹⁻²⁴⁾.

▪ **Nutrición**

Durante el embarazo las necesidades nutricionales serán ligeramente mayores, pero esto no significa que tenga que comer por dos. La alimentación debe ser completa y variada, nunca abundante.

- a. Los alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas, soja).
- b. Los alimentos ricos en ácido fólico (espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos), ricos en yodo (sobre todo pescados) y ricos en calcio (lácteos), todos necesarios para el buen desarrollo de su hijo/a. Los alimentos ricos en proteína y vitaminas⁽³⁸⁾.

▪ **Exámenes auxiliares basales**

Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cualitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico).

Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnósticos y tratamiento oportuno),

urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimiento que no cuentan con microbiología.

Ecografía será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación de pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas.

Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:

Urocultivo periódico en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivos en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva)⁽³¹⁾.

E. Complicaciones y factores de riesgo asociados durante el embarazo

▪ Aborto

Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm^(39,40).

Factores de riesgo asociados: La edad materna, infecciones, tabaquismo y el alcoholismo⁽⁴¹⁾.

▪ Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)

Es la separación parcial o total, de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento.

Factores de riesgo asociados: Trastornos Hipertensivos del embarazo, multiparidad, edad materna mayor de 35 años, tabaquismo y uso de drogas (principalmente cocaína).

Enfermedades crónicas (hipertensión arterial, desnutrición severa)⁽³⁹⁾.

▪ Rotura uterina

La rotura uterina se define como una solución de continuidad de la pared del útero localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior, con o sin expulsión del feto, durante el embarazo o en el trabajo de parto. Es una condición grave del embarazo, que condiciona sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto de la concepción; además pone en peligro la salud de la paciente, pudiendo hasta ocasionar su muerte.

Factores de riesgo asociados: Anomalías de la presentación fetal, pelvis estrecha, tumores previos: asentados en la pelvis ósea, miomas, tumores de ovario, etc.), distensión uterina excesiva (macrosomía fetal, hidramnios, embarazo múltiple)⁽³⁹⁾.

▪ Trastornos hipertensivos en el embarazo

- a. **Gestante hipertensa:** Gestante a quien se haya encontrado presión arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg o PA diastólica ≥ 90 mmHg, tomada en por lo menos 2 oportunidades con un intervalo mínimo de 4 horas, sentada y en reposo. En casos que la PA diastólica sea ≥ 110 mmHg no sería necesario repetir la toma para confirmar el diagnóstico.
- b. **Proteinuria:** Es definida como dosaje de proteínas en orina de 24 horas de 300 mg o más. Sospecha de Proteinuria: Presencia de proteínas en 1 + al usar tira reactiva o ácido sulfosalicílico (ASS) en orina tomada al azar⁽³⁹⁾.
- c. **Factores de riesgo asociados:** Hipertensión arterial crónica, obesidad, diabetes mellitus, antecedente de enfermedad renal, nuliparidad, depresión y la ansiedad, control prenatal inadecuado.

▪ Hiperémesis gravídica

Las náuseas y los vómitos son los síntomas más frecuentes que afecta al 70-85% de las gestantes y se dan con mayor frecuencia en las primeras 12 semanas de embarazo, y aunque un 20% de las mujeres experimentan náuseas y vómitos durante un periodo más largo, la remisión completa no va más allá de las 20 semanas. En la Emesis Gravídica, las náuseas y vómitos son esporádicos, generalmente matutinos (suelen aparecer a primera hora de la mañana y mejoran a lo largo del día) y no alteran el estado general de la paciente y tampoco impide su correcta alimentación.

La Hiperémesis Gravídica representa la forma severa de las náuseas y vómitos durante el primer trimestre del embarazo que afectan el estado general de la paciente. Son náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impide la correcta alimentación de la gestante.

Está asociado a: Pérdida de peso (>5% del peso pre gestacional), deshidratación, acetonuria, y alteraciones en el equilibrio metabólico e hidroelectrolítico.

La incidencia de la hiperémesis gravídica oscila entre el 0.1-2% de los embarazos.

Factores de riesgo asociados: Antecedente de hiperémesis gravídica, nuliparidad, obesidad⁽³⁶⁾.

▪ **Amenaza de parto pre-término**

a. Parto pre-término: Se denomina parto pre-término al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días).

b. Amenaza de parto pre-término: Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50% y/o dilatación menor a 3 cm.

c. Trabajo de parto pre-término: Presencia de dinámica uterina igual que origina modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 3 cm o más.

Factores de riesgo asociados: Edad menor de 15 o mayor de 35 años, tabaquismo (más de 15 cigarrillos por día), peso pre gravídico menor de 40 Kg, menor de 4 controles prenatales, baja ganancia de peso durante el embarazo, narco adicción, infección urinaria, hipertensión arterial crónica y anemia⁽⁴²⁾.

2.3.2 Autocuidado

Según Dorothea Orem define autocuidado como “una actividad aprendidas por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”⁽¹³⁾.

Entonces, se puede decir que autocuidado viene a ser el uso de las capacidades o las acciones que tiene cada individuo de acuerdo a sus conocimientos y en las diferentes etapas de la vida para cuidar y/o restablecer su salud.

Orem menciona tres tipos de requisitos de autocuidado que se agrupa, en función de las necesidades que los originan, en las siguientes categorías:

Los requisitos de autocuidados universales, son comunes en todos los seres humanos, se mantienen durante toda la vida y se modifican cualitativa y cuantitativamente en relación con la edad, sexo y situación de salud-enfermedad. Son derivados de las necesidades básicas comunes a todos los individuos; mantenimiento adecuado de aire, el agua, la ingestión de alimentos y la eliminación; actividad equilibrada, descanso, aislamiento e interacción social y la prevención de accidentes y promoción de la normalidad.

Las necesidades de autocuidados para el desarrollo personal están relacionadas con las acciones que realizan para promover el desarrollo personal en cada etapa del ciclo vital. Son de dos tipos: formas especiales de autocuidado para los procesos de desarrollo en las distintas etapas del ciclo vital y nuevas necesidades derivadas de una situación o condición que pueda afectar al desarrollo humano.

Existen dos subtipos: provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos y para mitigar los efectos provocados por estas situaciones, tales como la adaptación a la pérdida de la esposa o a cambios de la imagen corporal.

En tercer lugar, las necesidades de autocuidado en situaciones de alteración de la salud, están relacionados con los autocuidados a realizar, derivados de una enfermedad, daño o lesión. Estas acciones de autocuidado son necesarias para: prevenir la alteración, regular su extensión, controlarla, mitigar sus efectos, restablecer la normalidad y aprender a vivir con las secuelas.

Incluye acciones como la búsqueda de asistencia médica, la realización del tratamiento prescrito y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad o del tratamiento.

La demanda de autocuidado terapéutico se refiere a aquellas actividades de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado. Implica la utilización de acciones para mantener la salud y el bienestar; todas y cada una de las demandas de autocuidado terapéutico de la persona varía durante su vida⁽¹³⁾.

El autocuidado de la Salud, es responsabilidad de cada uno de los individuos, así como de preservarlo de cualquier factor de riesgo que amenace la integridad de la persona. Por ello es importante saber qué tanto se preocupa la sociedad por querer mantener el equilibrio en su vida y su salud.

El tener hoy en día conocimiento del autocuidado de la salud, es un tema de importancia, en especial para la población gestante, quienes requieren apoyo de todo el personal de salud ya que debido a su condición su salud debe estar equilibrada en las dimensiones de autocuidado general, desarrollo personal e interacción personal y conocimientos específicos de salud⁽¹³⁾.

Según estudios realizados en diferentes países reportaron que existen deficientes cuidados durante el proceso de la gestación, además esto se demuestra a la alta tasa de mortalidad materna y neonatal que existe a nivel mundial.

Esto podría implicar incremento de la demanda de atención e insuficiencia de los servicios de salud, por lo que es necesario fomentar la cultura de autocuidado en las gestantes e inculcar la prevención de enfermedades y complicaciones en este grupo de población.

En los países del continente americano, el autocuidado se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; éste es definido como prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas.

Históricamente, la Enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas para el autocuidado. El autocuidado es definido como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para manutención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral⁽¹³⁾.

La habilidad para desempeñar el autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado.

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social⁽⁴³⁾.

2.3.3 Conocimiento, prácticas y actitudes

El conocimiento es información analizada y organizada. "Es la representación simbólica de aspectos de algún universo del discurso nominado: Saber + Experiencia + Destreza + Habilidad.

El conocimiento, como se ha tratado anteriormente, puede estar en el cerebro humano o en un documento, cualquiera que sea su soporte, pero este conocimiento, particular e individual, está relacionado con una persona o con un grupo de personas en el contexto organizacional. Por esta razón, la gestión de los recursos humanos recobrarán nueva importancia.

El conocimiento se refiere a las características internas y al comportamiento de un sujeto, tanto en las reacciones como en sus relaciones con los estímulos del ambiente. Se refiere a la diferenciación perfecta con relación a otras cosas que pudieran parecer iguales, es todo lo que un ser humano ha aprendido, aplicado y organizado, supone una reflexión en correspondencia con la información asimilada.

La información es el conocimiento transformado, su forma representa dicho conocimiento. Asimismo, el conocimiento tiene las propiedades de comunicar, revelar, manifestar y de recomendar las determinaciones para actuar de forma productiva.

El conocimiento del que disponen las personas en la organización y su recopilación no sólo genera valor económico para sí, sino que, en la nueva era de la información, es el activo para marcar la diferencia⁽⁴⁴⁾.

El conocimiento de una organización forma parte de un nuevo capital de tus decisiones. Aprovecharlo se ha convertido en un arma poderosa para maximizar el potencial de la diferencia.

El conocimiento ha dejado de ser símbolo de poder. Al gestionar el conocimiento se da el paso que permitirá darse cuenta de en qué momento el conocimiento ha pasado a ser parte de la cultura empresarial. La gerencia del conocimiento es el resultado de un alto grado de consolidación de la cultura de la organización.

Identificar lo que realmente es útil y lo que falta por incorporar en sí , además de no ser nada nuevo, es una tarea intensa y complicada; lo novedoso es considerar al conocimiento como activo de la organización y reconocer que este se crea, se adquiere, se aplica, se protege y se transfiere dentro de las organizaciones de tus decisiones⁽⁴⁴⁾.

- a. **Actitudes:** Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí⁽⁴⁵⁾.
- b. **Prácticas:** La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Esto hace referencia a que las embarazadas con el conocimiento previo de los temas de control prenatal pongan en efecto en su actuar diario⁽¹⁶⁾.

2.4 HIPÓTESIS

La hipótesis es definida como las explicaciones tentativas del fenómeno investigativo que formulan como proposiciones acerca de las relaciones entre dos o más variables, y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados según Hernández y compañía. En las investigaciones cuantitativas cuyo método es el deductivo entonces necesariamente se

plantearía hipótesis, siempre y cuando se defina que su alcance será correlacional o explicativo desde el inicio⁽⁴⁶⁾.

En nuestra investigación no se plantea hipótesis porque es un estudio con alcance descriptivo donde no se pretende pronosticar una cifra o un hecho, además de ser de enfoque cuantitativo.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal.

Es cuantitativo, porque nos va a permitir analizar y cuantificar datos, es descriptivo ya que se va a describir como es y como están las prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas y es transversal porque dicha variable se estudia en un periodo de tiempo determinado.

3.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población fue de 920 y la muestra constó de 97 gestantes que asisten al Centro de Salud "Collique III Zona", el cual pertenece a la Micro Red Collique III Zona y Red de Salud Túpac Amaru.

La obtención de la muestra se realizó mediante la fórmula para variables cuantitativas:

$$n = \frac{Z^2 P(1 - P)N}{d^2(N - 1)2^2 + P(1 - P)}$$

n= tamaño de la muestra Z= nivel de significancia N=población P= probabilidad d= error de estimación
--

Para nuestra población que estuvo constituida por 920 gestantes.

$$n = \frac{1.96^2 0.5(1-0.5)920}{0.05^2(920-1)1.96^2 + 0.5(0.5)} = 97$$

3.2.1 Criterios de inclusión

- A. Mujeres embarazadas que se atienden en el Centro de Salud "Collique III Zona"
- B. Mujeres que se encuentren sin diagnósticos patológicos concomitantes (Diabetes, hipertensión, VIH, etc.)

C. Mujeres embarazadas que tengan entre 18 y 34 años de edad.

D. Mujeres embarazadas que deseen participar voluntariamente en la investigación.

3.2.2 Criterios de exclusión

A. Mujeres embarazadas menores de 17 y mayores de 35 años.

B. Mujeres embarazadas que no se atienden en el Centro de Salud "Collique III Zona"

C. Mujeres embarazadas que no deseen participar voluntariamente en la investigación.

D. Mujeres que se encuentren con diagnósticos patológicos concomitantes (Diabetes, hipertensión, VIH, etc.)

3.3 VARIABLE

Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas

3.3.1 Definición conceptual

Son las habilidades producto del conocimiento, experiencia y destreza; que da como resultado la capacidad para cuidar de su propia salud en sus diversas etapas evolutivas del ser humano, la familia y comunidad.

3.3.2 Definición operacional

Son las habilidades que tienen las mujeres para cuidar de sí mismas en el proceso de su embarazo (Anexo A).

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada para recolección de datos fue la encuesta.

3.4.2 Instrumento de recolección de datos

El instrumento aplicado fue el cuestionario “Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas” (PAME).

A. Construcción y validación del instrumento

En esta etapa se ha considerado, los antecedentes, definición de dimensiones, selección de preguntas y confección del constructo, así como el proceso de validación (Anexo B).

B. Antecedentes del instrumento:

Este instrumento ha sido creado y validado por las autoras, basándose de los antecedentes de los siguientes cuestionarios:

“Prácticas de autocuidado en personas afectadas de diabetes tipo 2” (PRAUT-DI2), diseñado y validado por Hilario, a través de prueba de expertos, prueba piloto y midió la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,706⁽⁴⁷⁾.

“Capacidades de autocuidado en mujeres afectadas de cáncer de mama” (CAESCAM), diseñado y validado por Mariscal, a través de prueba de expertos, prueba piloto y midió la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,937⁽⁴⁸⁾.

C. Definición de dimensiones del instrumento

Se partió del marco conceptual descrito por la Dra. Mariscal que identifica 3 dimensiones y se revisó bibliografía para vincularlas según las prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas. Se obtuvo la información de las actuales normas técnicas^(49,50,51), artículos de revisión^(52,53), tesis⁽⁵⁴⁾ y guías relacionadas a nuestra investigación^(55,56,57), estableciendo como palabras clave: prácticas, autocuidado y embarazo.

D. Selección de preguntas y confección del cuestionario

En función al constructo teórico se obtuvo un conjunto de preguntas y se clasificaron en función de las dimensiones de autocuidado general, de desarrollo personal e interacción social y conocimientos de autocuidado específicos de salud.

E. Proceso de Validación

Para esta etapa se consideró validar el contenido y la confiabilidad del instrumento

- **Validez de contenido:** Se realizó la prueba de jueces con un grupo seleccionado de siete expertos en elaboración de cuestionarios, en el ámbito de nutrición, investigación en enfermería, ginecología, obstetricia e inmunización.

- a. **Prueba piloto:** Para realizarla se planteó seleccionar a una muestra del 10% de la población planificada, sin embargo, se llevó a cabo la encuesta a 15 usuarias con características similares a la población de investigación, para luego evaluar la confiabilidad del constructo.

- b. **Versión final del instrumento validado**

El cuestionario Prácticas de Autocuidado en Mujeres Embarazadas (PAME) (Anexo C), en versión final, consta de 49 preguntas cerradas y está estructurado en 3 dimensiones: Autocuidado general, de desarrollo personal e interacción social y conocimientos de autocuidado específicos de salud.

La escala de valoración es tipo Likert para las 2 primeras dimensiones y de respuesta excluyente para la tercera dimensión. La dimensión de autocuidado general consta de 21 ítems y se consideró indicadores como dieta, hidratación, control de peso, actividad física, sueño/descanso, actividades recreativas y

consumos de riesgo (Alcohol, tabaco y drogas); sin embargo, la dimensión de autocuidado de desarrollo personal e interacción social solo cuenta con 11 preguntas que involucran asesoramiento, sentimientos y apoyo emocional, apoyo familiar, sexualidad y cuidado personal.

En la última dimensión que es de conocimiento de autocuidado específico de salud se tiene 17 ítems los cuales están compuestos por indicadores como: Asistencia al control prenatal, asistencia a estimulación prenatal, vacunación, asistencia a psicoprofilaxis, asistencia a odontología, asistencia a psicología, asistencia a ecografía ginecológica, exámenes de laboratorio natal, control de presión arterial, consumo de ácido fólico, hierro y calcio.

El nivel de autocuidado global se obtiene según las siguientes categorías: Excelente (158-196), Bueno (122-157), Regular (86-121) y Deficiente (49-85).

c. Fase Previa: Validación del instrumento

- Prueba de jueces:

Se invitó de forma verbal y a través de correo electrónico a 7 expertos solicitando su participación como evaluadores (Anexo D). Se les entregó el formato de validación de expertos, el cual en un periodo de 15 días devolvieron para su tabulación.

- Prueba piloto:

Se solicitó autorización a un Centro de Salud con población de características similares al estudio.

Se coordinó con la responsable del consultorio de obstetricia, para la recolección de datos del piloto.

En el mes de mayo del 2014 se realizó la recolección de datos para el piloto.

- Descripción de los datos de validación del instrumento

En la prueba de jueces se obtuvo un nivel de significancia de 0,000; lo que significa que se rechaza la hipótesis nula concluyendo que existe concordancia entre los jueces (Anexo E).

En la prueba piloto se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,738 lo que significa que el instrumento es aceptable por estar en el rango superior a 0,7 (Anexo F).

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fase 1: Autorización para recolección de datos

Se emitió una carta de presentación al director de la Red Túpac Amaru, solicitando la obtención de la autorización para que nos permita realizar el trabajo de investigación. El cual fue autorizado el 30 de abril del 2014 según Memorándum 339 – DE- URH- AC-RSTA-2014 (Anexo G).

Fase 2: Coordinaciones para recolección de datos

Se coordinó con la jefa de enfermería, para obtener las direcciones de las gestantes, por medio del libro de registro diario de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI).

Fase 3: Aplicación del instrumento

Se visitó a cada gestante en su respectiva vivienda, se le informó sobre el trabajo de investigación, luego de informarle, las gestantes procedían a firmar el consentimiento informado y finalmente a marcar el cuestionario.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada fue insertada en una base de datos del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)⁽⁵⁸⁾.

Para el proceso de validación por jueces de expertos se hizo uso de la prueba no paramétrica, de muestras no relacionadas del coeficiente de correlación de Kendall, el cual permitió identificar la correlación entre la evaluación realizada por los jueces.

Para evaluar la fiabilidad del instrumento de la prueba piloto, se hizo uso del estadístico alfa de Cronbach, en el que se valoró estadísticos descriptivos para la escala si se elimina el elemento y coeficiente de correlación intraclase.

La escala si se elimina el elemento, indica que el valor inicial del alfa puede aumentar o disminuir si eliminamos uno de los ítems. Es por criterios del autor si decide eliminar la pregunta que planteó ya que esta puede no ser relevante en el instrumento; sin embargo, si se considera importante conservarla el alfa quedará con su valor inicial.

El coeficiente intraclase estima la correlación promediada entre todas las posibles ordenaciones de los pares de observaciones y ofrece un índice de concordancia general.

Con el instrumento validado, se procedió a la recolección de datos en el Centro de Salud "Collique III Zona", estos datos fueron analizados a través de estadísticos descriptivos de frecuencia.

Las variables cualitativas fueron presentadas en gráficos de sectores y en porcentajes.

Para variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central como la media y de dispersión tales como la desviación típica, mínimo y máximo, los cuales se presentaron en tablas de frecuencia.

La media, muestra el promedio aritmético o la suma dividida por el número de casos que se tiene; la desviación típica mide el grado en que las puntuaciones de la variable se alejan de su media; en el mínimo se evalúa el valor más pequeño y en el máximo el valor más grande.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Los principios éticos básicos se refieren a los criterios generales que sirven de base, para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas.

En el cual, se aceptan de manera general en el trabajo de investigación, son particularmente relevantes para la ética.

3.7.1 Principio de autonomía

En la ética de la enfermera encontramos éste principio que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Dentro de este principio encontramos el consentimiento informado, el propósito de esta ficha es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes (Anexo H).

El respeto a las personas exige que se dé a las mujeres embarazadas, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse⁽⁵⁹⁾.

Aunque nadie duda de la importancia del consentimiento informado, con todo, existe una gran controversia sobre la naturaleza y la posibilidad de un consentimiento informado. Sin embargo, prevalece de manera muy general el acuerdo de que el procedimiento debe constar de tres elementos: información, comprensión y voluntariedad.

Para la recolección de datos, todas las gestantes voluntarias firmarán el consentimiento informado para ser incluidos en el trabajo de investigación, dando a conocer los objetivos y procedimientos relacionados con la aplicación del instrumento. En todo momento se respetarán los derechos

de las mujeres embarazadas. Según la declaración de Helsinki y el informe Belmont⁽⁶⁰⁾.

3.7.2 Principio de beneficencia

El principio de beneficencia o benevolencia no es menos importante, pues indica el hacer el bien y evitar lo malo para el sujeto de investigación; actuar con este principio ético significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellas, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos que les puedan causar daño a su salud.

3.7.3 Principio de no maleficencia

Como tercer principio tenemos al de no maleficencia, que tiene por concepto no hacer o desear el mal a la otra persona. Como profesionales de enfermería la prevención y la promoción de la salud disminuyen el riesgo de la población a contraer enfermedades y gracias a esto se aplica dicho principio.

3.7.4 Principio de justicia

El último principio es el de justicia, es un valor que permite ser equitativo o justo en el actuar, o sea, con la necesidad individual o para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Los datos que se presentan a continuación están articulados según los objetivos planteados en el estudio y se presentan en tres apartados.

4.1.1 Descripción de los datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos revelaron que la media de edad fue de 25.26 años, con una DT de $\pm 4,00$; el 54.2% de las participantes tuvieron entre 18 y 25 años y el 47.7% de gestantes son convivientes.

Acorde al nivel de estudios predominó el nivel secundario en el 63% de las participantes, seguido de primaria en el 19.6%.

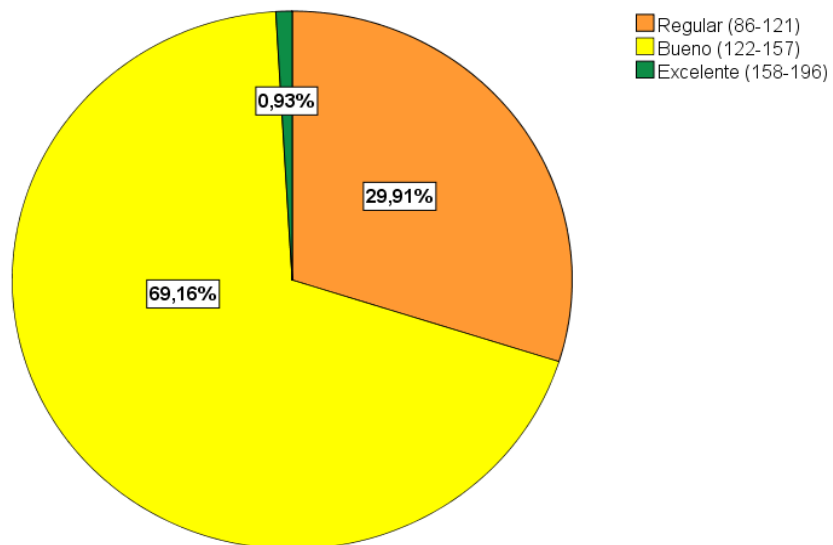
Según la semana de gestación predominó entre la semana 14 – 26 en un 43%.

La media de la canasta básica familiar fue de 773.74 nuevos soles con una desviación típica de ± 352.226 .

4.1.2 Descripción de autocuidados

A continuación, presentamos los resultados de las dimensiones del autocuidado general, de desarrollo personal e interacción social, conocimiento de autocuidado específico de salud.

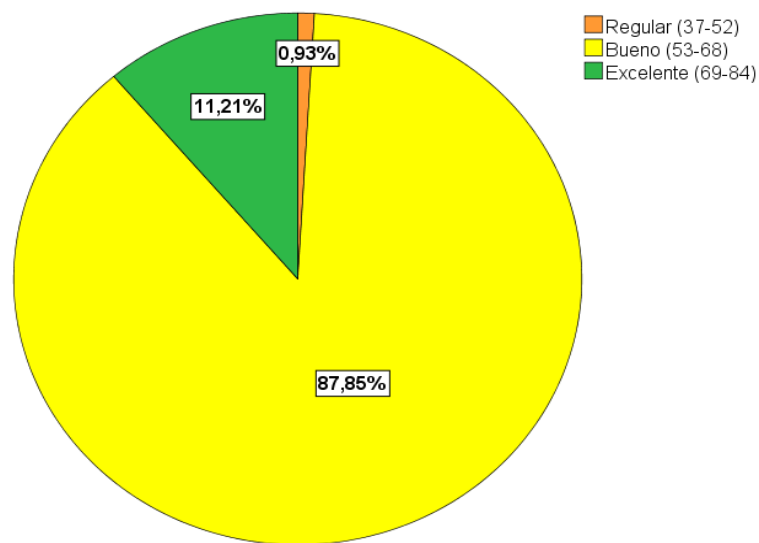
Gráfico 1 Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del Centro de Salud "Collique III Zona", Comas - 2014.



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

Al evaluar a la población de estudio se identificó que el 69.16% obtuvo buen nivel de autocuidado global, el 29.91% alcanzó un nivel regular y el 0.93% restante tuvo excelente nivel de autocuidado.

Gráfico 2 Prácticas de autocuidado general en mujeres embarazadas del Centro de Salud "Collique III Zona", Comas - 2014.

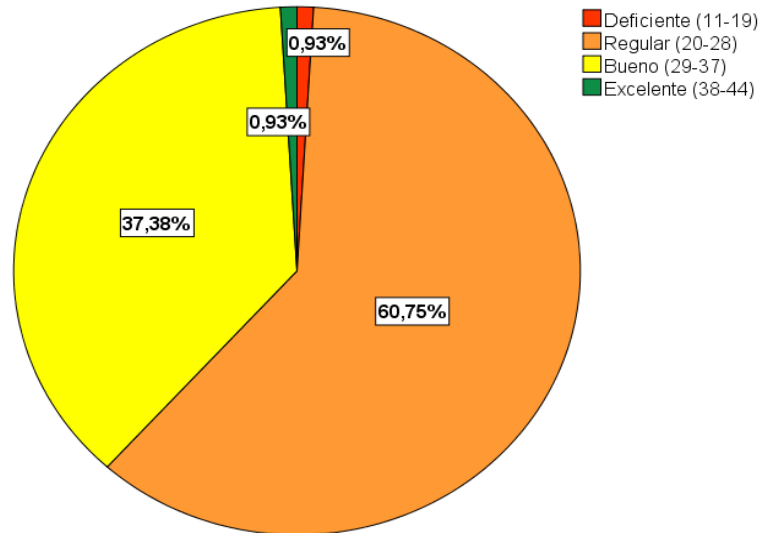


Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

Al evaluar a la población de estudio se identificó que el 87.85% obtuvo buen nivel de autocuidado general y el 11.21% tuvo excelente nivel de autocuidado, sin embargo, el 0.93% tiene un nivel regular.

Cabe destacar, que en autocuidado general predomina respecto al consumo de verduras de 3–4 días/semana en el 56.1%; de frutas de 3–4 días/semana en el 43.9%; de menestra de 3-4 días/semana en el 52.3%; de pescado una vez a la semana en el 46.7%; de pollo dos veces por semana en el 56.1%; de res una vez por semana en el 43.9%; de cerdo una vez por semana en el 37.4; de alimentos ricos en hierro de 2-3 veces por semana en el 53.3%; de alimentos ricos en calcio de 2–3 veces por semana en el 43.9%; de menestras acompañadas con cítrico de 2-3 veces por semana en el 62.6%; del consumo de aceite vegetal en el 100%; de cereales de 2–3 veces/semana en el 56.1%; consume poca cantidad de sal de 2–3 veces/semana en el 42.1%; toma agua pura de 4–6 vasos/día en el 41.1%; consume 1 vez/15 días refrescos envasados en el 43%; toma mates 1 vez/semana en el 42.1%; controla su peso mensualmente en el 53%; realiza actividad física pasiva todo los días en el 41.1%; a veces tiene un horario de sueño ajustado a sus necesidades en el 48.6%; no fuma ni consume sustancias estimulantes en el 86.9%; no consume bebidas alcohólicas 80.4%.

Gráfico 3 Prácticas de autocuidado de desarrollo personal e interacción social en mujeres embarazadas del Centro de Salud "Collique III Zona", Comas - 2014.

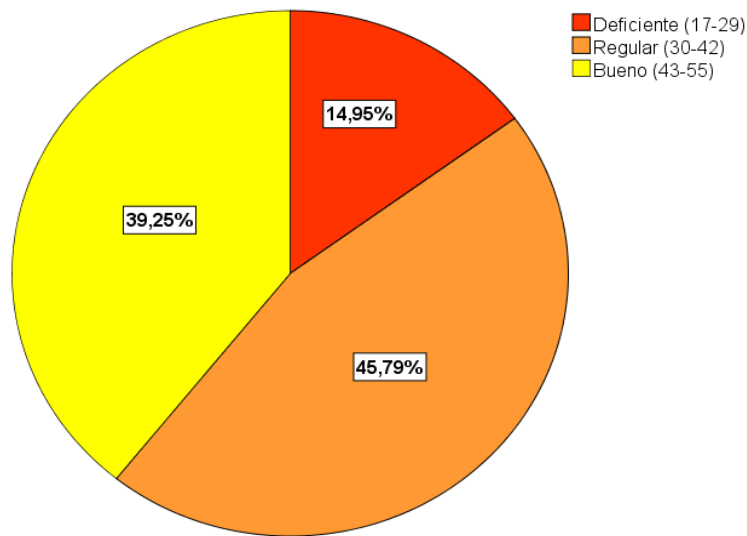


Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- UCH

En la población se identificó que el 60.75% tienen regulares prácticas de autocuidado de desarrollo personal e interacción social y 37.38% tiene un nivel bueno, el 0.93 % alcanzó un nivel excelente y deficiente de prácticas de autocuidado.

Cabe destacar, que en autocuidado de desarrollo personal e interacción social respecto a la frecuencia el 39.3% realiza a veces estimulación prenatal en casa; el 59% a veces expresa sus sentimientos y emociones a alguien de confianza; el 36.4% fines de semana comparte tiempo con su familia; el 56.1% ocasionalmente realiza actividad recreativa; el 64.5% siempre se encuentra feliz con su embarazo; el 45.8% a veces se siente apoyado por su familia y/o pareja; el 45.8% a veces hablan con su pareja de sus relaciones sexuales; el 41.1% tendrían relaciones sexuales hasta los 6 meses si lleva un embarazo sin riesgo; el 66.4% nunca usa cremas para las estrías; el 61.7% nunca usa cremas para las manchas; 57% diario usa zapatos cómodos y sin tacón.

Gráfico 4 Conocimientos de autocuidado específicos de salud en mujeres embarazadas del Centro de Salud “Collique III Zona”, Comas - 2014.



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE-UCH

En la población se identificó que el 45.79% tiene regular conocimientos de autocuidado específico de salud y 39.25% obtuvo un nivel bueno, el 14.95% alcanzó un deficiente conocimiento de autocuidado.

Cabe destacar que en autocuidado específicos de salud, el 52.3% tiene conocimientos que debe asistir mensualmente a sus controles prenatales en la semana 22; el 79.4% no asiste a sus controles prenatales quincenalmente de la semana 32 hasta la semana 36; el 69.2% no asiste a sus controles semanalmente; el 52.3% no acude a un total de 6 sesiones de estimulación prenatal; el 56.1% no acude a la administración de sus vacunas al segundo trimestre de gestación; el 70.1% no acude a un total de 6 sesiones de psicoprofilaxis; el 72% no acude 3 veces al psicólogo; el 65.4% no asiste a la atención odontológica a la semana 14; semana 22 y 24; el 54.2% asiste a sus ecografías a la semana 14; el 63.6% realiza su examen de hemoglobina en la primera atención en el Centro de Salud; el 65.4% realiza su examen completo de orina en la primera atención en el Centro de Salud; el 51.4% no realiza su examen de glucosa en la primera atención en el Centro de Salud; el 53.3% realiza exámenes para descartar VIH-SIDA en la primera atención en el Centro de Salud; el 83.2% no controla su presión arterial diariamente; el 77.6%

no consume ácido fólico 3 meses antes de su embarazo; el 62.6% consume hierro desde la semana 14 hasta el parto; el 57% consume calcio a partir de las 20 semanas de gestación.

4.2 DISCUSIÓN

Tomando en cuenta que el autocuidado; conlleva la capacidad humana de los individuos para realizar acciones aprendidas, continuas e intencionadas con el objeto de cuidar de sí mismo y de otros; el cuidado propio durante la etapa del embarazo en la mujer, es base para preservar su bienestar y el de su futuro hijo⁽⁶¹⁾.

Por lo tanto, una mujer embarazada tiene la necesidad de poner en práctica los conocimientos que ha aprendido para mantener su buen estado de salud, todo esto se logra mediante factores y/o acciones que se van a realizar para prevenir las complicaciones durante el proceso de la gestación.

A continuación, se presentan los determinantes de las prácticas de autocuidado que pueden o no interferir en la salud materna, perinatal y neonatal.

En nuestra población la media de edad de las gestantes fue de 25 años, la cual coincide con los planteamientos del Instituto Nacional de Estadística (INEI), donde señala que al menos el 50% de las madres peruanas tuvo su primer hijo antes de cumplir los 22 años⁽⁶²⁾. Lo expuesto anteriormente, implica la necesidad de proporcionar mayor atención en salud a esta población para disminuir el porcentaje de morbi-mortalidad materna y alcanzar el objetivo del milenio.

Además, se evidencia que la mayoría de gestantes encuestadas están dentro del segundo trimestre de gestación, lo cual es relevante considerar porque aún se tiene la posibilidad de que ellas tomen la iniciativa de reeducarse para tener mayor conocimiento con respecto a la etapa del embarazo y tener autocuidado positivo para su salud.

Con relación al autocuidado global de las gestantes, la mayoría de estas reportaron valores altos en la categoría buena, lo cual indica que las prácticas

que realizan las mujeres embarazadas para lograr un mejor manejo, lo están cumpliendo aparentemente, aunque no en su totalidad ya que en la dimensión de conocimientos específicos de salud tienen bajo puntaje.

Respecto a los resultados de la dimensión de autocuidado general, se evidencia fortalezas en relación a que el mayor porcentaje de la población estudiada, tiene buenas prácticas de autocuidado y le continúa el nivel excelente. Ante esta situación Alvares E. et al, discrepa en su investigación que la nutrición materna se encuentra en nivel regular de información en las prácticas de autocuidado en cuanto al control de su dieta; ante esto se evidencia una ligera diferencia con nuestros valores, sin embargo cabe resaltar que en los contextos de las investigaciones no existe similitud, ya que el presente estudio se realizó en el ámbito comunitario, lo cual puede ser la causa de la desigualdad⁽⁶³⁾.

A pesar de que la población sujeta del estudio no tiene nivel socioeconómico lo suficientemente alto, esto probablemente no es un factor que influya en las prácticas de los cuidados generales que realizan las mujeres durante el proceso de la gestación. Sin embargo Torres L. et al, encuentra en su investigación que tener bajos ingresos económicos incrementa el déficit en el consumo de alimentos con aporte de micronutrientes, así mismo llega a la conclusión que las gestantes desconocen sobre el tema⁽⁶⁴⁾.

Por otro lado, se evidenció que el consumo de verduras, frutas y cereales en la gran mayoría suelen realizarlo 3 a 4 días a la semana en la dieta, si bien es cierto esto es favorable en la alimentación, pero no llega a ser lo ideal ya que su consumo debe de ser todos los días.

Al respecto, la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), lanzaron en 2003 la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, ésta incluye la iniciativa para aumentar la producción y el consumo de frutas y verduras; una de las recomendaciones es el consumo de por lo menos cinco porciones diarias o un mínimo de 400g para disminuir la prevalencia y la incidencia de enfermedades crónicas y reducir las carencias de micronutrientes⁽²⁹⁻⁶⁵⁾.

En nuestro país existe los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil que involucra a la mujer embarazada, donde su principal objetivo es la disminución de la muerte materna-perinatal, cabe resaltar que está descrito de manera clara y precisa la alimentación y nutrición que debe de tener este grupo poblacional, pero aparentemente en la realidad no se aplica, siendo esto un problema que pueda influir en el aumento de porcentajes de muerte perinatal⁽²⁸⁾.

Otros de los factores que puede influir en la adecuada alimentación y nutrición es el grado de instrucción, a este dato encontrado se puede decir que nuestras gestantes predominan en el nivel secundario, seguido del primario, esto probablemente puede influir en las prácticas de dieta adecuada. Asimismo, Torres L. et al encontró que el bajo nivel educativo incrementa el riesgo de déficit consumo de frutas y verduras⁽⁶⁴⁾.

En base a lo expuesto, el Ministerio de Salud menciona que las causas de la desnutrición a edades tempranas de vida son las prácticas inadecuadas de alimentación y nutrición, desnutrición materna, alimentación inadecuada y la categoría baja de escolaridad de la madre⁽⁶⁵⁾.

Esta información es de importancia ya que en esta etapa la mujer requiere mayor demanda de proteínas, vitaminas, minerales y carbohidratos que generen energía necesaria para evitar una descompensación en el aporte de nutrientes para el nuevo ser y por ende no poner en riesgo su salud y vida.

De igual forma, es importante la ingesta de alimentos ricos en hierro. En nuestro estudio más de la mitad de las gestantes la consumen a través de menestras en una frecuencia de 2 a 3 días por semana, pero en otro estudio realizado en nuestro país por Piña F. menciona que en su investigación casi la mitad de las gestantes conocen los alimentos ricos en hierro pero les es difícil consumirlo⁽⁶⁶⁾.

Debido a esta problemática en el embarazo, se predispone a la tendencia de tener hemoglobina con valores bajos, considerándose normal 11mg/dl y como consecuente una anemia ferropénica gestacional que puede o no ser una de las causas de muerte materna^(67,68).

Sin embargo, no solo este tema es uno de los problemas durante el embarazo, también hay gestantes con descalcificación de huesos, dientes, esta es una posible consecuencia de la baja ingesta de calcio antes y durante la gestación.

El presente estudio, revela que casi la mitad de la gestantes consumen alimentos ricos en calcio de 2 a 3 veces por semana, sin embargo se sabe que no es lo ideal pero tampoco es tan deficiente la ingesta de este alimento, aunque Piña F. encontró que menos de la mitad de su población encuestada consume leche de 2 a 3 veces por semana ya que este es uno de los alimentos que contienen calcio⁽⁶⁶⁾.

En lo referente al consumo de alimentos de origen animal se sitúa en valores promedios, lo cual es relevante, sin embargo, un descuido en las prácticas alimentarias o la falta de información en las gestantes puede ocasionar desequilibrio nutricional en algún momento de su gestación. Acerca del tema Serrano y Meneses, concluyeron que el desconocimiento de la importancia de las prácticas de autocuidado, hace que la futura madre, no maneje una nutrición equilibrada, ingiriendo alimentos ricos en cantidad y pobres en calidad nutricional⁽¹⁸⁾.

La alimentación durante la gestación no solo implica consumir las 3 comidas principales, la OMS recomienda que la mujer durante la gestación debe de complementar 1 ración más de alimentos diario como mínimo, además que estas deben de estar proporcionalmente distribuidas por alimentos constructores, energéticos y reguladores⁽²⁷⁾.

Las prácticas en nuestra población con respecto a este tema es aparentemente regular, esto probablemente es un problema grave que podría revertirse, ya que con el pasar del tiempo el afectado es el futuro ser porque se le está quitando el derecho a vivir saludablemente; los problemas que puede tener este niño(a) es el retraso en el crecimiento y desarrollo, además de los daños físicos y neurológicos que pueden estar relacionados con la nutrición que llevó dentro del vientre materno⁽⁶⁸⁾.

Según el Ministerio de Salud reportó que se tienen evidencias suficientes de que la desnutrición fetal en las etapas tempranas de la vida del niño, conlleva a daños permanentes en el crecimiento del cerebro, que son irrecuperables aun después de una alimentación prolongada durante la etapa de la niñez. Las consecuencias de desnutrición temprana en los niños persisten en los años de la escuela y en la vida adulta, disminuyendo la productividad y la calidad de vida. Asimismo otra posible consecuencia es que las mujeres con baja talla a causa de la malnutrición, muy probablemente darán a luz niños pequeños, perpetuando de esta manera la malnutrición y enfermedad a lo largo de varias generaciones⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾.

Otra determinante que es de importancia resaltar es el consumo aceite vegetal en la alimentación, en nuestros resultados todas las encuestadas lo consumen, sin embargo, la ingesta de dicho aceite aparentemente no es lo ideal, según la Estrategia NAOS, de España, menciona que el aceite de oliva es el más recomendable, ya que su ácido graso fundamental es el oleico (mono insaturado) y contiene una cantidad moderada de linoleico y pocos ácidos saturados. Por ello es el único que puede utilizarse sin refinar y es ideal para cocinar y para aliñar ensaladas. Su uso tiene muchas ventajas por lo que se recomienda su consumo diario⁽⁷⁰⁾.

De igual modo, la adherencia de la sal en las comidas es regular en la semana, en base a esto la Estrategia NAOS, alude, que la sal forma parte de los nutrientes fundamentales, sin embargo habitualmente se consume en cantidad muy por encima de la aconsejada, lo que favorece la aparición de hipertensión arterial⁽⁷¹⁾. Es aconsejable tomar sal de forma moderada.

Por otro lado el consumo de agua no es del todo favorable, pues menos de la mitad de gestantes manifiesta que toma de 4-6 vasos por día, sin embargo Joubertt V. no concuerda al mencionar que el consumo de líquidos debe de ser entre 8 a 12 vasos de agua⁽⁷²⁻⁵³⁾. Del mismo modo, la Estrategia NAOS, indica que el agua representa más de la mitad del peso de nuestro cuerpo y necesitamos consumirla, en una cantidad al menos de 5 a 8 vasos por día⁽⁷³⁾.

Lo anterior expuesto es un indicador que revela que no se realiza un buen autocuidado; la ingesta de líquido diario en el embarazo se debe de realizar para asegurar la frecuencia urinaria no concentrada, además de evitar las inflamaciones y/o infecciones en las vías urinarias.

Otro factor importante es el control del peso donde se considera que debe de realizarse todas las semanas, sin embargo, en los resultados obtenidos, la mayoría de las gestantes lo realiza de manera mensual. Como consecuencia a lo anterior la madre desconoce cuánto de peso debe de ganar y esto va de la mano con el factor de la nutrición porque va a determinar de qué manera se va a desarrollar y terminar el embarazo, pues una mala alimentación puede provocar parto prematuro, bajo peso al nacer del neonato (<2500mg) y otras complicaciones severas⁽⁷⁴⁾. Al respecto Alvares menciona que solo el 59% de las gestantes controlan su peso constantemente⁽⁶³⁾; según los resultados de nuestro estudio el 62.5% también realiza esta práctica, mostrando así que existe similitud.

Así como es de importante la alimentación, también se debe tener en cuenta la actividad física porque es valioso durante el embarazo, sobre este tema existe suficiente evidencia científica que indica que la práctica regular de actividad física de intensidad moderada durante el embarazo (y desde el primer trimestre) no tiene ningún riesgo para la salud de la gestante ni del feto^(75,76).

La actividad física no incrementa el riesgo de tener fetos con un bajo peso al nacer, partos prematuros, aborto, cesárea, o incontinencia urinaria. Además, estudios recientes indican que la práctica regular de actividad física reduce el riesgo de complicaciones durante el periodo de gestación tales como la diabetes gestacional, pre-eclampsia, y además reduce el tiempo de parto.

En nuestro estudio se evidencia que menos de la mitad de gestantes realizan actividad física. Pero Martínez A. concluye en su investigación, que las gestantes realizan actividad física de tipo casera (caminar), realizando diversas cosas del hogar⁽⁷⁷⁾. De igual forma Serrano E. y Meneses T. encontró que más de la mitad realiza ejercicio pasivo⁽¹⁸⁾.

Ante esta situación, las gestantes del presente estudio realizan actividad física de tipo casera, ya que la mayoría de ellas, tienen la necesidad de caminar de sus hogares al mercado u otros lugares que necesitan ir, es necesario enfatizar que las casas se encuentran ubicadas en la pendiente de los cerros. Por último, es necesario resaltar que existen riesgos a caídas, teniendo en cuenta la ubicación de las viviendas.

Cabe señalar, que, dentro del autocuidado general, también se obtuvieron datos relevantes con respecto al consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias estimulantes donde hay un pequeño porcentaje que realiza estas prácticas, siendo un problema para la salud de la madre y del feto. En cambio Faneite P. et al, encontraron en su estudio que hay alto consumo de alcohol⁽³⁰⁾, con estos datos encontrados se puede concluir que las gestantes no tienen adecuado autocuidado y se debe a la poca información y seguimiento que se está dando por parte del personal de salud encargado de este grupo poblacional.

En cuanto, a los cambios que se produce durante una gestación, es necesario estar preparada física, económica y emocionalmente, pues los cambios psicológicos y emocionales que pasa durante este proceso pueden estar relacionados a la poca comunicación y comprensión que tienen con su pareja y/o familia^(78,79,80). Con los resultados obtenidos se puede deducir que existe dificultad en la educación que brinda el profesional encargado de este grupo de población, lo cual limita la posibilidad de que el nuevo ser crezca sano y sin futuras complicaciones, por lo que existe la necesidad de dar realce al trabajo multidisciplinario.

Con respecto al estado civil de las gestantes es influyente en relación a este tema, nuestros resultados revelan que aproximadamente la mitad de la población sujeto de estudio son convivientes; situación que concuerda con los datos obtenidos en la investigación realizada por Flores M. et al, donde también predomina la convivencia⁽²⁰⁾. Esta condición puede ser un factor protector ya que las gestantes no tendrán la necesidad de trabajar y contarán con el suficiente tiempo para realizar las acciones o intervenciones en función de su salud y la de su futuro bebé, siendo de vital importancia para realizar un buen

autocuidado. Dado que ellas tienen mayor responsabilidad de cuidar de sí mismas y esto se logra mediante el apoyo económico y emocional que le brinda su pareja.

Por tal motivo es importante tener en cuenta las prácticas de autocuidado de desarrollo personal e interacción social en mujeres embarazadas, en el cual se pudo encontrar que más de la mitad de las gestantes encuestadas se encuentran en nivel regular de las prácticas y la tercera parte es buena.

Los indicadores más afectados son cuidado personal, apoyo familiar y sexualidad; mientras que el indicador más favorable fue el de sentimientos y apoyo emocional, dado que la mayoría manifestó sentirse feliz con su embarazo, aunque no expresa sus sentimientos y emociones a alguien de confianza con mucha frecuencia.

Sobre esta situación Gómez y Aldana, dicen que durante el embarazo, las adaptaciones necesarias para el nacimiento de un nuevo ser afectan los ámbitos fisiológico, social y psicológico de la mujer, sin importar qué tan positiva sea su respuesta emocional frente al evento reproductivo⁽⁸⁰⁾. Esta es una etapa estresante que puede llegar a impactar posteriormente el vínculo con su hijo y pareja.

Por lo común, frente a esta situación de ajuste y a los cambios de vida que implica un embarazo, la mujer manifiesta sintomatología depresiva o ansiosa que incide en su estado emocional y le genera malestar psicológico.

Con esta base sólida, la OMS tiene la iniciativa de “Reducir los Riesgos del Embarazo” donde señala que el papel activo de las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, junto con el desarrollo de sus capacidades para la salud y la elección de alternativas saludables son esenciales para lograr mejorías en la salud materna y neonatal^(81,82). Además, debido a la índole personal, familiar y social del embarazo y el parto, la iniciativa considera esencial el desarrollo de capacidades para asegurar un entorno familiar y comunitario de apoyo y compromiso; favoreciendo a la gestante y a su futuro feto durante los cambios del embarazo.

También se ve implicado el tema de la sexualidad, en este estudio se encontró que menos de la mitad de las gestantes tendría relaciones sexuales hasta los nueve meses, pero la investigación de González I. y Miyar E. señalan que durante una gestación normal se puede mantener la actividad sexual habitual (siempre que no existan evidencias de infección genital u otra complicación) sin temor a que se produzca algún daño fetal⁽⁸³⁾.

Cabe resaltar que las relaciones coitales suelen disminuir en algunas mujeres ya que tienen cambios de conducta y capacidad de respuesta sexual, pero también suele haber mujeres que presentan aumento de la libido durante la gestación, incluso la razón de la disminución de las relaciones coitales se puede dar por el hombre ya que tiene miedo de lastimar a su futuro hijo y por la incomodidad producida por el cambio que toma abdomen femenino⁽⁸⁴⁾.

Debido al cambio de la forma del abdomen durante el embarazo, también suele aparecer estrías como consecuencia de los cambios hormonales y del rápido estiramiento de la piel. Asimismo, la mitad de las gestantes que participaron en el estudio refieren que usan cremas para las estrías. Al respecto de este tema Méndez F. et al, llegaron a la conclusión que el uso de cremas incrementó la humectación y la elasticidad de la piel y que la mitad de ellas no experimentó estrías durante el embarazo⁽⁸⁵⁾.

Por otra parte, se tiene en cuenta que para tener un adecuado autocuidado se debe realizar diversas prácticas, sin embargo, esto no es suficiente, dado que también es importante tener conocimientos previos y claros de las prácticas que se debe tener durante el embarazo y más que todo cuando está relacionado con el autocuidado específico de la salud.

En este punto es necesario enfatizar que algunos autores como Castillo C. plantean que las variables socioeconómicas influyen en el aprendizaje, en relación a ello la presente investigación encontró que en lo referente al rubro de educación, los resultados reportaron que la mayoría de las gestantes cuentan con estudios secundarios, lo cual no es muy aceptable para la sociedad⁽⁹⁾; porque puede influir en el nivel de conocimientos para el autocuidado.

Por otro lado, cabe resaltar que la insuficiencia de conocimientos de las gestantes podría ocasionar muerte materna y neonatal, indicador que en la actualidad representa el 52.9% de la mortalidad infantil, según la ENDES 2012⁽⁴⁾. Una gestante que no tiene conocimientos de las diversas actividades que se realizan durante el embarazo, no va a tener la capacidad de aplicarlos en su vida diaria y por tal motivo pueden aparecer complicaciones que ponen en riesgo su vida y la del feto.

Ante esta problemática la presente investigación, ha encontrado que el mayor porcentaje de gestantes presenta nivel regular o deficiente de conocimientos de autocuidado específico de salud y sólo la tercera parte tiene un nivel bueno.

Respecto a la asistencia al control prenatal, los resultados indican que más de la mitad de las gestantes abordadas, no conoce el número de controles prenatales a los que debe acudir de acuerdo a su edad gestacional. En relación a ello Hernández L. encontró que el interés de las gestantes por continuar dentro del programa de control prenatal, podría estar asociado a la concientización de la importancia que para ellas representa el hecho de pensar en el bienestar propio y del bebé, esta actitud de las madres es el resultado de la adecuada capacitación suministrada por el responsable de la atención, pues según las respuestas planteadas se les ha suministrado suficiente información previa y durante su periodo de gestación⁽⁸⁶⁾. Sin embargo en nuestra investigación las gestantes no tienen conocimiento de cuantos controles debe tener mensualmente, quincenalmente y semanalmente, esto puede ser causa de la falta de información que se está dando por parte del profesional encargado⁽⁸⁷⁾, o por el desinterés que puede tener las mujeres respecto a su nueva etapa como gestantes.

Por otra parte Peláez L. concluye que el ingreso oportuno al programa de control prenatal es vital para la gestante y su hijo, pues le permitirá monitoreo constante e identificar oportunamente algún tipo de complicaciones, asimismo menciona que las gestantes que ingresan tardíamente a los controles se les clasifica como alto riesgo, porque no se puede determinar la fecha de la última menstruación y por lo tanto no se tendrá claro la fecha probable de parto⁽⁸⁸⁾.

Freire L. en su estudio identificó, en cuanto a la relación de las complicaciones maternas, que la mayoría realizó un control prenatal inadecuado (45% inicio tardío del control prenatal). Por lo tanto su asociación fue significativa, lo que permite sugerir que reforzando el control prenatal se mejore la calidad de atención y garantizar el bienestar materno fetal⁽⁸⁹⁾.

Relacionado con este punto, Prochaska y Diclemente plantean que todo cambio en el estilo de vida implica una progresión a través de seis fases: pre contemplación, contemplación, preparación, acción, mantención y finalización⁽⁹⁰⁾. Las gestantes de nuestro estudio estarían en fase de pre contemplación, caracterizada por que la persona no está interesada en cambiar o tomar acción en el futuro cercano generalmente debido a que no está informado o está mal informado sobre las consecuencias positivas y /o negativas de su conducta.

En términos generales, más de la mitad de las mujeres embarazadas encuestadas desconocen el paquete de atención integral a la gestante, así como la secuencia de las atenciones que debe recibir. Obtener dicho resultado es preocupante ya que todo esto se encuentra descrito en el Modelo de Atención de Salud (MAIS) que lo brinda el Ministerio de Salud a nivel Nacional⁽⁴⁹⁾.

Otra de las dificultades en nuestro estudio es, que más de la mitad de las gestantes desconocen sobre la importancia de las sesiones de estimulación prenatal y el número de sesiones que deben recibir. Según Hinostroza R. y Gamonal D. encontraron en su investigación que los conocimientos que tienen las gestantes sobre estimulación prenatal son bajos⁽²¹⁾.

Esta situación es un problema, ya que la estimulación prenatal es importante para potencializar al máximo las habilidades física, mental y psicosocial del niño, desde la concepción hasta el parto.

Asimismo, las sesiones de psicoprofilaxis también son importantes tanto para la madre como para el hijo, porque en estas sesiones se le prepara a la gestante física, psicológica y socialmente a través de actividades educativas, para lograr

en ellas conocimientos y actitudes adecuadas que permitan una participación efectiva, tranquila y con seguridad durante la gestación, parto y post parto. Sin embargo, las gestantes de nuestro estudio más de la mitad no tienen conocimiento que deben acudir a sesiones de psicoprofilaxis. Chable G. y García K. encontraron en su estudio que más de la mitad de las gestantes no participaron en la sesión de Psicoprofilaxis obstétrica, el motivo principal por lo que no asistieron es porque no se enteraron, pero llegaron a la conclusión que las personas que si asistieron a la sesiones tuvieron una participación favorable durante el parto, controlaron el temor y el dolor, por tal motivo no se aplicaron las técnicas farmacológicas, logrando con esto acortar el tiempo de trabajo de parto⁽⁹¹⁾.

Por otro lado, el embarazo es un estado de máximo cuidado y de atención sanitaria para la mujer, dadas las posibles complicaciones que pueden modificar y alterar su curso con graves repercusiones en el recién nacido.

Por tal motivo, también existen otras atenciones que debe asistir la gestante, como la atención a la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), donde a la gestante se le administra las vacunas conforme le corresponde, pero según los resultados que se obtuvo más de la mitad de las gestantes no tienen conocimiento que deben vacunarse durante la gestación, mucho menos de las vacunas específicas para prevenir Hepatitis B, Tétanos e Influenza y las dosis de éstas; esto genera graves consecuencias porque existen enfermedades infecciosas que puede perjudicar el desarrollo fetal, sin embargo puede ser prevenida mediante una vacunación consensuada previa o durante la gestación⁽³²⁻⁹²⁾. Asimismo, Serrano E. y Meneses T. concluyeron en su investigación que las mujeres no tienen autocuidado de las vacunas y dosis que tienen que aplicarse durante su embarazo⁽¹⁸⁾.

Otra de las atenciones que deben recibir las gestantes es la atención con el psicólogo, esto no deja de ser menos importante porque nos permite detectar de manera oportuna si la mujer embarazada está teniendo algún tipo de violencia u otras dificultades en su hogar, los resultados obtenidos son desfavorables ya que más de la mitad no saben que deben acudir a consulta psicológica. Las atenciones psicológicas son importantes para evitar cualquier

alteración emocional que afecte el desarrollo y resolución del mismo, así como sus consecuencias sobre el producto. Ante esta situación Gómez E. et al, encontraron en su investigación diversas alteraciones psicológicas como: trastornos adaptativos del estado de ánimo, duelo, abuso de drogas y problemas conyugales, entre otros. Conocer estas alteraciones facilita al psicólogo establecer un modelo de intervención acorde a sus necesidades⁽⁸⁰⁾.

También podrían presentarse problemas odontológicos, pues todas las mujeres embarazadas tienen diversos cambios y una de las alteraciones que ellas presentan en su estado general, usualmente también se refleja en la cavidad bucal. En base a esto Rengifo H. et al, encontró en su trabajo que más de la mitad visitaron al odontólogo⁽⁹³⁾. En nuestro estudio más de la mitad no tienen conocimiento que deben asistir al servicio de odontología, este es un problema porque la alteración que más prevalece es la caries dental, que se puede decir que es una enfermedad que existe antes de la gestación, pero debe ser controlado ya sea antes o durante la gestación.

Así como existen problemas que presenta la gestante, también pueden existir problemas en el producto, como mal malformaciones en el feto, pero hoy en día se puede detectar empleando ecografías durante el embarazo, el cual también se evalúa el crecimiento fetal. Cabe resaltar que en nuestro estudio más de la mitad de las gestantes conocen que deben asistir a sus ecografías y concordamos con el estudio de Gutiérrez A. et al, donde concluye que la ecografía fetal representa una gran ayuda en el diagnóstico precoz de las malformaciones en el período neonatal⁽⁶⁸⁾.

Por otra parte, a las gestantes se le realiza diversos exámenes para el diagnóstico oportuno de diabetes, anemia, proteinuria, infecciones urinarias, sífilis o VIH, asimismo tienen un control de su presión arterial para detectar casos de pre-eclampsia. Si todos estos controles no se realizan dentro del tiempo programado, el producto no estaría teniendo un adecuado crecimiento, por lo tanto, la madre no se encuentra preparada fisiológicamente para desarrollar un buen embarazo, incluso podría presentarse complicaciones que pongan en peligro la vida de ambos.

Como último punto importante a tocar es que más de la mitad de las gestantes no saben que deben consumir ácido fólico 3 meses antes de su embarazo. Al respecto Izaguirre G. encontró que el riesgo relativo de tener un recién nacido con un defecto del tubo neural o de tener un aborto fue de 6.52 veces mayor en las mujeres que al inicio del embarazo tenían niveles de ácido fólico en los hemolizados de los glóbulos rojos menores de 160 ug/dl⁽³⁷⁻⁹⁴⁾. Los defectos del tubo neural son entre otros, los defectos de nacimiento que contribuyen seriamente con la mortalidad e invalidez infantil, así según el ENDES 2012 las malformaciones congénitas ocupan el cuarto lugar como causa de muerte neonatal, por lo cual el uso de suplementos de ácido fólico durante el periodo periconcepcional es de vital importancia⁽⁴⁾.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De la presente investigación se desprende una serie de conclusiones relevantes:

- Sobre la práctica de autocuidado global en mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud “Collique III Zona” se encontró que mayoritariamente el nivel es bueno, aunque la tercera parte está en nivel regular.
- Acerca del autocuidado general, también se evidenció que las gestantes tienen buenas prácticas de autocuidado.
- En relación a las prácticas de autocuidado de desarrollo personal e interacción social, más de la mitad tienen un nivel regular de prácticas de autocuidado, mientras que la tercera parte tiene un nivel bueno.
- Acerca de los conocimientos de autocuidado específicos de salud se halló que el mayor porcentaje de gestantes presenta un nivel regular o deficiente y sólo la tercera parte tiene un nivel bueno.

5.2 RECOMENDACIONES

- Informar a las mujeres embarazadas sobre los riesgos que existe sino tiene un adecuado autocuidado durante la gestación
- Dar a conocer a las gestantes la importancia de la alimentación, actividad física, actividad recreativa, apoyo emocional, cuidado personal y tener en claro el paquete de atención integral de las gestantes.
- Implementar diagnósticos específicos de enfermería y acciones para aplicarlos en este grupo poblacional.
- Trabajar en coordinación con todos los profesionales de la salud para brindar cuidados integrales y de calidad a la mujer embarazada.
- Proponer programas de promoción de salud sobre un adecuado autocuidado de mujeres embarazadas.

- Implementar cambios en el Centro de Salud dando mayor énfasis en la educación de las gestantes acerca del autocuidado; donde esté a cargo un profesional de salud capacitado en el tema.
- Realizar más investigaciones de autocuidado en gestantes, ya que hay escasa información acerca del tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2012. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Ministerio de Salud. Programa estratégico salud materno neonatal [Internet]. Lima; 2012. p. 22. Available from: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentacion/programa_estart/Programas_Estrategicos_Salud_Materno_Neonatal_Programa_Salud_Materno_Neonatal.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud materna [Internet]. 2013. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/
4. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. Bol Epidemiol [Internet]. 2015;21(26):412–29. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2012/22.pdf>
5. Perú: Evolución de los indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio al 2010. Mejorar la Salud Materna. In: Perú: Evolución de los indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio al 2010 [Internet]. 2010. p. 203–16. Available from: <http://www.unfpa.org.pe/InfoEstadistica/2013/EvolucionIndicadores/index.html>
6. Del Carpio L. Situación actual de la salud materna y perinatal [Internet]. Lima; 2012. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a15v30n3.pdf>
7. Ministerio de Salud. Mortalidad materna en el Perú [Internet]. Lima; 2013. Available from: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/Minsa-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
8. Ministerio de Salud. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva [Internet]. 2009. 63 p. Available from:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

9. Castillo E, Fernández Y, García M. Diseño de un plan de instrucción para la prevención de la preeclampsia-eclampsia en adolescentes que consultan en el Hospital Uyupar de Puerto Ordeaz. I Semestre 2009 [Internet]. Universidad Central de Venezuela; 2009. Available from: <http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/3419>
10. Merino M, Maldonado I. Factores que influyen en las infecciones de vías urinarias en las mujeres embarazadas y empleo del autocuidado, área de consulta externa del Hospital “El Triunfo”, del Triunfo, Abril a Noviembre del 2011 [Internet]. Universidad Estatal de Milagro; 2012. Available from: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/1517/1/TESIS MERINO,MALDONADO..pdf>
11. Carmona M, Huertado Y, Marín G. Propuesta de un programa sobre autocuidado en salud, dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal del Hospital Distrital Bejuna, Estado Carabobo, año 2007 [Internet]. Universidad Central de Venezuela; 2007. Available from: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/443/1/Programa Autocuidado Adolescentes Embarazdas.pdf>
12. Larios A. Prevalencia de factores y conductas de riesgo durante el embarazo en las adolescentes [Internet]. sld.cu. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2002 [cited 2014 Jun 25]. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/santiagodecuba/enfermeria.pdf>
13. Roldán F. Estudio métrico de la escala de requisitos de autocuidado (ERA), basada en la teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia [Internet]. Universidad de Bacarlona; 2011. Available from: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/Jfrm_Tesis.pdf?sequence=1
14. Red de Salud Túpac Amaru. Análisis situacional de salud [Internet]. 2011. Available from:

<http://www.minsarsta.gob.pe/pagweb/epidemiologia/asis/ASISFINAL2011.pdf>

15. Centro de Salud Collique III Zona. Análisis situacional de salud. Lima; 2014.
16. Gualpa E, Sigüenza C. Conocimientos actitudes y prácticas sobre el control prenatal, embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga, Mayo-Julio 2012 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2013 [cited 2014 Jun 25]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec:8080/handle/123456789/4078>
17. Zavala J, Zavala J. Evaluación de conocimientos sobre embarazo en adolescentes de bachillerato del colegio Fiscomisional a distancia Don Bosco extensión Valdivia, Manglaralto, Santa Elena 2011-2012 [Internet]. Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2012. Available from: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/882/1/TESIS ZAVALA PANCHANA JOHANNA.pdf>
18. Serrano E, Meneses T. Autocuidado en mujeres embarazadas en el Subcentro de Salud “Los Vergeles” Milagro Agosto 2008-2009 [Internet]. Universidad Estatal de Milagro; 2009. Available from: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_waxapa/pdf/Waxapa_07.pdf
19. Poma M, Quevedo L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado durante la gestación, en mujeres que acuden al control prenatal en el Subcentro de Salud de Ricuarte - Cuenca 2013 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2013 [cited 2014 Nov 7]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4869>
20. Flores M, Ylatoma C. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, Junio - Septiembre 2012 [Internet]. Universidad Nacional de San Martín; 2012. Available from:

http://biblioteca.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_77_Binder1.pdf

21. Hinostroza R, Gamonal D. Nivel de conocimiento sobre estimulación prenatal en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011 [Internet]. Universidad Nacional de San Martín; 2011. Available from: http://biblioteca.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_83_Binder1.pdf
22. Gutierrez M. Hemorragias en el embarazo. Rev Per Ginecol Obs [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 14];56(1):8–9. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a02v56n1.pdf
23. Enfermería Cto. Manual de Enfermería Cto. 4to Edición. 2007;391.
24. Martínez N, Escamilla C, Salinas A, Treviño G. Directriz para el cuidado oral durante el embarazo. Rev ADM [Internet]. 2012;69(1):10–4. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od121e.pdf>
25. Méndez J, Armesto W. Enfermedad periodontal y embarazo. Rev haban cienc méd La Habana [Internet]. 2008;VII(1):1–12. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n1/rhcm06108.pdf>
26. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Infección de vías urinarias en el embarazo [Internet]. Sistema Nacional de Salud, editor. Qui: 2013; 2013. 34 p. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_infeccion_v_u.pdf
27. Organización Mundial de la Salud. Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia. In: Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. 2012. p. 1–2. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_11-sp.pdf
28. Ministerio de Salud. Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú

- [Internet]. Lima; 2004. 52 p. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/ins/158_linnut.pdf
29. Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional [Internet]. Italia; 2005. 29 p. Available from: www.who.int/dietphysicalactivity/reportSP_final.pdf
 30. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Guinand M, Delgado P. Frecuencia en el consumo de tabaco, alcohol, café y colas en embarazadas. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2004;64(2). Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322004000200001&script=sci_arttext
 31. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. 2013. 61 p. Available from: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RM/RM827_2013_Minsa.pdf
 32. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. [Internet]. Lima; 2013. 61 p. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM510_2013_Minsa.pdf
 33. Laurence K, James N, Miller M, Tennant G, Campbell H. Double-blind randomised controlled trial of folate treatment before conception to prevent recurrence of neural-tube defects. Br Med J [Internet]. 1981 May 9;282(6275):1509–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1505459/pdf/bmjcred00657-0019.pdf>
 34. Ministerio de Salud. Definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos: articulado nutricional y salud materno neonatal correspondientes a la estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva [Internet]. 2011. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/RM207-2009.pdf>
 35. Hofmeyr G, Atallah A, Duley L. Suplementación con calcio durante el

- embarazo para prevenir los trastornos hipertensivos y problemas relacionados. Cochrane Collab [Internet]. 2007;4(3):42. Available from: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD001059sp.pdf>
36. Hospital San José. Guías de práctica clínica de obstetricia 2013 [Internet]. Sanchez A, Yopla A, Mendoza J, editors. Callao; 2013. 208 p. Available from: [http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2013/GUIAS DE OBSTETRICIA.pdf](http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2013/GUIAS_DE_OBSTETRICIA.pdf)
 37. Izaguirre G. La incidencia de defectos del tubo neural en hijos de mujeres que presentan deficiencia de ácido fólico en su primer trimestre de embarazo [Internet]. Universidad Francisco Marroquín; 2005. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n4/hablemos.pdf>
 38. Alcolea S, Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo [Internet]. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, editor. 2012. 77 p. Available from: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>
 39. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Lima; 2010. 385 p. Available from: http://www.inmp.gob.pe/images/archivos/Otros/GUIAS_ATENCION_CLINICA_Y_PROCEDIMEINTOS_OBSTETRICIA_Y_PERINATOLOGIA.pdf
 40. Vargas D, Rubio J. Aborto. In: Obstetricia Integral [Internet]. 2013. p. 1–11. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/3/9789584476180.01.pdf>
 41. Benitez C, Sánchez T, Tejeda J. Factores de riesgo asociados a las causas de aborto en las pacientes que asistieron a la consulta prenatal en el centro sanitario de Santo Domingo. Rev Med Dom [Internet]. 2009;70(1):74–9. Available from: <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2009/70/01/RMD-2009-70-01-074->

079.pdf

42. Menéndez F. El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. *Gac Med Mex* [Internet]. 2003;139(1):8. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031h.pdf>
43. Navarro D. Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama [Internet]. Universidad de Alicante; 2012. Available from: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26552/1/Tesis_Merino Navarro.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26552/1/Tesis_Merino_Navarro.pdf)
44. Nieves L, León M. La gestión del conocimiento: una nueva perspectiva en la gerencia de las organizaciones. *Acimed* [Internet]. 2001 [cited 2014 Jun 25];9(2):121–6. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352001000200004
45. Grupo de Investigación Edufísica. Las actitudes. *Rev Edu-física* [Internet]. 2008;1–8. Available from: <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>
46. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. Tercera ed. Mc Graw Hill, editor. México; 2006 [cited 2014 Nov 21]. 1-36 p. Available from: <http://www.terras.edu.ar/aula/tecnicatura/15/biblio/SAMPIERI-HERNANDEZ-R-Cap6-Formulacion.pdf>
47. Hilario N. Prácticas de autocuidado en personas afectadas de diabetes tipo 2. Universidad de Huelva; 2012.
48. Mariscal M. Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama [Internet]. Universidad de Alicante; 2006 [cited 2014 Jun 20]. Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/13253>
49. Ministerio de Salud. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva [Internet]. Lima; 2004 [cited 2014 Nov 7]. 273 p. Available from:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/21/guias_atencionintegrals_dela_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

50. Ministerio de Salud. Compendio estadístico de salud [Internet]. Área de Investigación y Análisis, editor. Compendio estadístico de salud 2010. Lima; 2011. 93 p. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/php/index.php>
51. Organización Mundial de la Salud. Administración semanal de suplemento de hierro y ácido fólico a mujeres en edad reproductiva: importancia en la promoción de una óptima salud materna e infantil. WHO/NMH/NHD/MNM/092 [Internet]. 2009; Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/weekly_iron_folicacid_es.pdf
52. Prada G, Herrán O. Impacto de estrategias para aumentar el consumo de frutas y verduras en Colombia. Rev Chil Nutr [Internet]. 2009;36(16):1080–9. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v36n4/art04.pdf>
53. American college of Nurse-midwives. El buen autocuidado durante el embarazo. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 7];58(4):487–8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12049/pdf>
54. Irías T. Conocimientos y prácticas que influyen en la salud de la mujer embarazada y puérpera [Internet]. cedoc.cies.edu.ni. Universidad Nacional de Nicaragua; 2009 [cited 2014 Nov 7]. Available from: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t465/doc-contenido.pdf>
55. Schwarcz R, Uranga A, Lomuto C, Martínez I, Galimberti D, García O, et al. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal [Internet]. Buenos Aires. 2001 [cited 2014 Jun 25]. p. 1–40. Available from: <http://www.bvspediatria.org.ar/prenatal.pdf>
56. Rivera A. Control prenatal [Internet]. 2008. Available from: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/CONPRENA.pdf>

57. Guzmán A. Evidencias para la reducción de la prevención de la morbilidad y la mortalidad materna [Internet]. Lima; 2012. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/12ESN_sexual/Atencion_Pregestacional.pdf
58. IBM. Manual del usuario del sistema básico de Ibm Spss Statistics 20 [Internet]. 2011. Available from: ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/es/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Core_System_Users_Guide.pdf
59. Observatori de bioètica i Dret. El informe Belmont [Internet]. 1979 [cited 2014 Jun 25]. Available from: <http://www.salesianos-cadiz.com/Descargas/Escolar/ESO-Bachillerato/Bachillerato/2do Bachillerato/2do A/InformeBelmont.pdf>
60. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. In: Declaración de Helsinki [Internet]. 1989 [cited 2014 Jun 25]. p. 1–4. Available from: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
61. Pastor M, Suya L, Vásquez I, Zavala C, Ramirez T. Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer , durante el embarazo y el puerperio. Rev Fac Cienc Méd [Internet]. 2006;6. Available from: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-2-2006-4.pdf>
62. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Más de ocho millones de peruanas celebrarán el Día de la Madre [Internet]. 2014. p. 1. Available from: <http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/mas-de-ocho-millones-de-peruanas-celebraran-el-dia-de-la-madre-este-domingo-7536/>
63. Alvares E, Camargo G, Herazo M, Arevalo W. Evaluación del autocuidado en las gestantes adolescentes que asisten al control prenatal basados en el modelo de Dorothea Orem [Internet]. Universidad Rafael Núñez; 2014 [cited 2014 Nov 7]. Available from:

<http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/830>

64. Torres L, Ángel G, Calderón G, Fabra J, López S, Franco M, et al. Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de control prenatal, en municipios del departamento de Antioquia, Colombia. *Perspect en Nutr humana* [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 7];14(2):185–98. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v14n2/v14n2a7.pdf>
65. Ministerio de Salud. Lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable [Internet]. 1st ed. Lima; 2011. 54 p. Available from: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/not/temdif73/Lineamientos_Esnans_Final.pdf
66. Piña F, La Torre L, Aylas W. Comportamiento, actitudes y prácticas de alimentación y nutrición en gestantes. *Rev Per Obs Enf* [Internet]. 2007;3(1):3–7. Available from: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpoe/v3n1/a03v3n1.pdf>
67. Selva J. Anemia en el embarazo. *Rev Hematológica México* [Internet]. 2011;12(1):28–31. Available from: <http://drjulioselva.com/archives/158>
68. Gutiérrez A, Marín A, Aguayo J, Carrasco L, García C, Turmo E. Evolución en el periodo neonatal de las anomalías nefrourológicas detectadas durante el embarazo. *An Esp Pediatr* [Internet]. 1997 [cited 2014 Nov 7];47(2):181–5. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-2-13.pdf>
69. Garrido Y, Cuc L, García O, Ara S, Razuleu S, Espina L. Hábitos alimentarios asociados a niveles de hemoglobina [Internet]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2013. Available from: http://cunori.edu.gt/descargas/Habitos_Alimentarios_Asociados_a_Niveles_de_Hemoglobina.pdf
70. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Grasas, aceite y mantequilla [Internet]. 2007. p. 1. Available from:

http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/csym/nutricion_saludable/alimentos/grupo/grasasaceiteymantequilla.html

71. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. La sal en el salero [Internet]. 2007. p. 1. Available from: http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/csym/nutricion_saludable/recomendaciones/recomendacion00003.html
72. Joubertt V. Información que poseen las primigestas adolescentes que asisten a la consulta prenatal del Hospital Materno Infantil del Este “Dr. Joel Valencia Parparcen” en el primer trimestre del año 2005, con relación a la importancia del autocuidado durante el embar [Internet]. Universidad de Venezuela; 2005 [cited 2014 Nov 7]. Available from: http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/2020/1/TESIS_MERY_JOUBERTT.pdf
73. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. El agua: una bebida imprescindible [Internet]. 2007. p. 1. Available from: http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/csym/nutricion_saludable/recomendaciones/recomendacion00004.html
74. Díaz S, Girart J. Control prenatal como antecedente de importancia en morbimortalidad neonatal Hospital Universitario “Luis Razetti”- Barcelona, Octubre-Diciembre del 2008 [Internet]. Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui; 2009. Available from: http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1134/1/Tesis.CONTROL_PRENATAL.pdf
75. Carbonell A, García V, Ruíz J, Ortega F, Delgado M. Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 7]. 72 p. Available from: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1221>
76. Martínez A. Conocimientos y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes de la Microred Metropolitana. Enero a Agosto 2008 - Tacna [Internet]. 2008. Available from:

http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/04.pdf

77. Martínez A. Actividad física, beneficios y barreras percibidas en mujeres embarazadas [Internet]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2004. Available from: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/1125>
78. Canóniga R. Embarazo de emociones [Internet]. 2005. Available from: <http://es.scribd.com/doc/177401967/Embarazo-de-Emociones>
79. Maldonado M, Saucedo J, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2008 [cited 2014 Jun 25];22(1):5–14. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>
80. Gómez E, Aldana E, González G, Mota C, Sánchez M. Psicoterapia de grupo para mujeres con embarazo de alto riesgo. *Ter Psicológica* [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 7];27(2):215–25. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200007
81. Organización Mundial de la Salud. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materno y neonatal [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 14]. p. 67. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.06_spa.pdf
82. Beltrán B. Estrategia de intervención para la educación en salud de la embarazada en el Municipio de Ranchuelo. Villa Clara [Internet]. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Rica; 2007. Available from: http://tesis.repo.sld.cu/216/1/Beltr%C3%A1n_Gonz%C3%A1lez.pdf
83. González I, Miyar E. Sexualidad femenina durante la gestación. *Rev Cuba Med Gen Intergr* [Internet]. 2001;17(5):497–501. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi15501.pdf>
84. Guarnizo M, Pardo M. El significado de la sexualidad durante la gestación. *Av en enfermería* [Internet]. Bogotá; 2011;21(2):294–306. Available from: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/index.html>

85. Méndez F, Salceda M, Borjón C, Azpeitia C, Vásquez D, Oré L. Efecto de una crema hidratante para prevenir las estrías del embarazo. *Dermatología Rev Mex* [Internet]. 2010;54(5):273–8. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2010/rmd105d.pdf>
86. Hernández L, Cala C. Factores asociados al abandono del programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, Santander. Segundo semestre de 2000 [Internet]. Universidad CES y Universidad de Bucaramanga; 2009. Available from: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/646/2/FACTORES ASOCIADOS..DR CARLOS CALA LINIANA HERNANDEZ AUDITORIA EN CALIDAD.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/646/2/FACTORES%20ASOCIADOS..DR%20CARLOS%20CALA%20LINIANA%20HERNANDEZ%20AUDITORIA%20EN%20CALIDAD.pdf)
87. Medina R, Medina M, Espericueta M, Pérez R, Salas D, Vásquez I, et al. Intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado en embarazadas. *Rev Waxapa* [Internet]. 2012;2(7):15–23. Available from: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_waxapa/pdf/Waxapa_07.pdf
88. Pelaez L, Pérez B. Ingreso tardío de gestantes al programa de control prenatal en la E.S.E Hospital Tobías Puesta de Uratima - 2008 [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2008. Available from: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/432/1/Ingreso_tardio_gestantes_programa_control_prenatal.pdf
89. Freire W. La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS / OMS para combatirla. *Salud Publica Mex* [Internet]. 1998;40(2):199–205. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640212>
90. Prochaska J. ¿Como cambian las personas, y como podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas personas? *Cent para el Desarro la Psicoter estratégica breve* [Internet]. 1999;1–27. Available from: <http://psicouas.files.wordpress.com/2009/03/prochaska-motivacion-para-el-cambio.pdf>

91. Chable G, García K. Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. Rev Sanid Milit Mex [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 14];67(3):106–14. Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=46188>
92. Rodríguez f, Pastrana J, Maldonado E, Ruíz C. Vacunas en el embarazo. Matronas Profesión [Internet]. 2004;5(15):36–40. Available from: www.federacion-matronas.org/rs/373/.../es.../vol5n15pag36-40.pdf
93. Rengifo H, Ciro F, Obando A, Rondan L, López A, López L. Estado bucodental en gestantes de la ciudad de Armenia, Colombia. Rev Estomatol [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 7];16(1):8–12. Available from: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/2353>
94. López M, Sánchez J, Sánchez M, Calderay M. Suplementos en embarazadas: controversias , evidencias y recomendaciones. Sist Nac Salud [Internet]. 2010 [cited 2014 Jun 25];34(4):117–28. Available from: <https://medes.com/publication/63586>

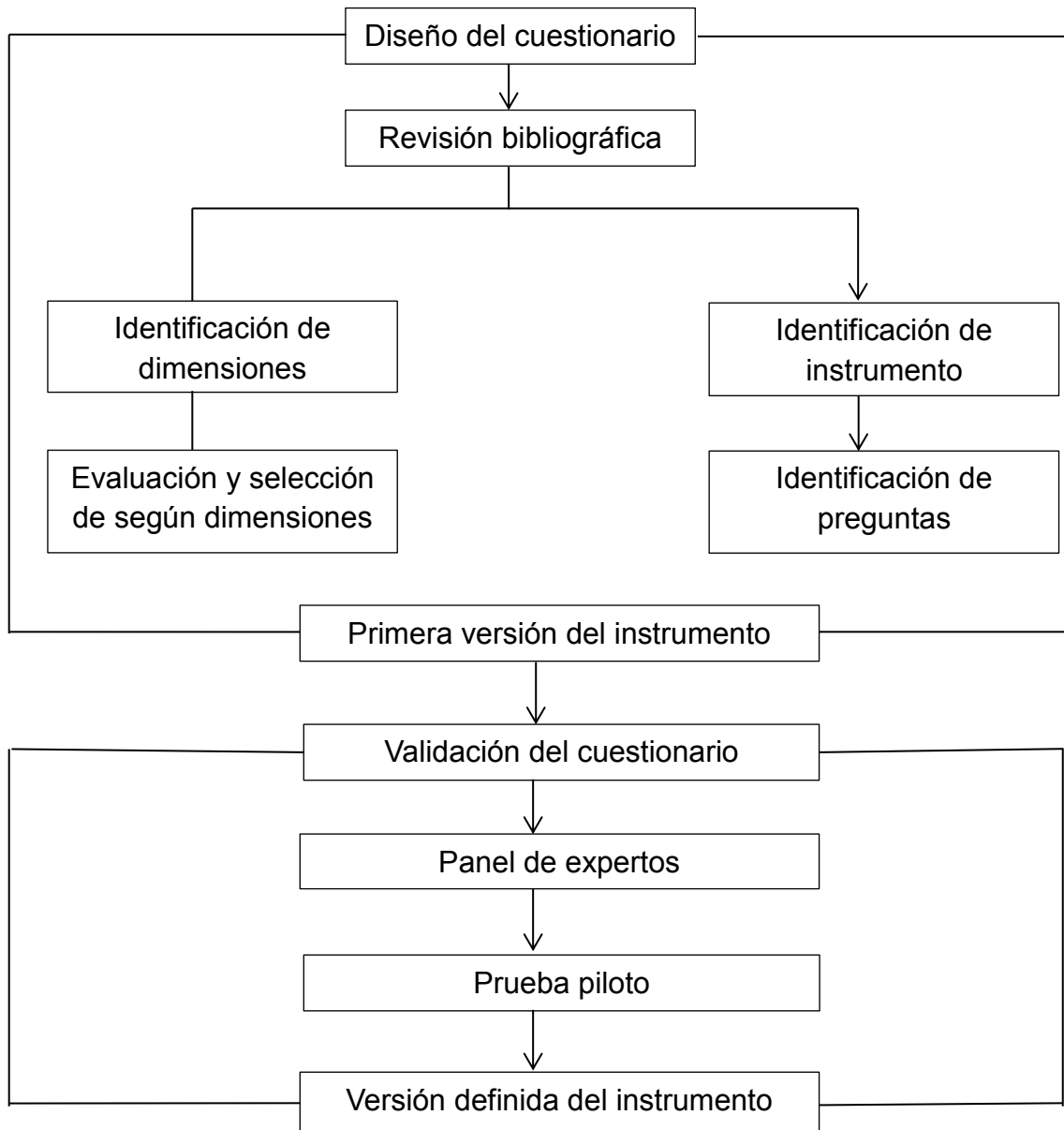
ANEXOS

Anexo A: Cuadro de operacionalización de variables

TITULO DE INVESTIGACION: PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD "COLLIQUE III ZONA" – COMAS 2014							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas	Son las habilidades producto del conocimiento, experiencia y destreza; que da como resultado la capacidad para cuidar de su propia salud en sus diversas etapas evolutivas del ser humano, la familia y comunidad.	Son las habilidades que tienen las mujeres para cuidar de sí mismas en el proceso de su embarazo	Autocuidado general	Dieta Hidratación Control de peso Actividad física Sueño / descanso Actividades recreativas Consumos de riesgo (Alcohol, tabaco y drogas)	21	69-82 53-68 37-52 21-36	Excelente Bueno Regular Deficiente

			Autocuidado de desarrollo personal e interacción social	Asesoramiento Sentimientos y apoyo emocional Apoyo familiar Sexualidad Cuidado personal	11	38-44 29-37 20-28 11-19	Excelente Bueno Regular Deficiente
			Conocimientos de autocuidado específico de salud	Asistencia al control pre natal Asistencia a estimulación prenatal Vacunación Asistencia psicoprofilaxis Asistencia al odontólogo Asistencia al psicólogo Asistencia a ecografía ginecológica Exámenes de laboratorio natal Control de presión arterial Consumo de ácido fólico, hierro y calcio	17	56-68 43-55 30-42 17-29	Excelente Bueno Regular Deficiente

Anexo B: Proceso de construcción y validación del instrumento



Anexo C: Formato de juicio de experto

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Instrucciones:

Para efectuar la validación del instrumento, agradeceremos leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, donde podrá seleccionar una de las alternativas de acuerdo a su criterio profesional.

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

Por otra parte, se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

Ejemplo:

PREGUNTAS		OBSERVACIONES				
Nº	Item	a	b	C	D	
1	B	E	B	B	M	
2						
3						

En caso tuviera alguna interrogante, no dude en contactarnos:

Datos del contacto:

✓ Investigador 1: Rojas Oria, Cristina Valeria
e – mail: naarkid.sag30.3@hotmail.com

Cel: 992535050

✓ Investigador 2: Vargas Olivera, Rosa
e – mail: angelita_13_15@hotmail.com

✓ Investigador 3: Salas Pisco, Jessica
e – mail: lavidabonita_13_10@hotmail.com

Cel: 999025236

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Parte 1: Autocuidado general

PREGUNTAS		OBSERVACIONES				
Nº	Ítem: Autocuidado general	a	b	c	d	
1	Come verduras					
2	Come frutas					
3	Come menestras					
4	Consume pescado					
5	Consume pollo					
6	Consume res					
7	Consume cerdo					
8	Consume alimentos ricos en hierro (hígado, lentejas, sangrecita, etc.)					
9	Consume alimentos ricos en calcio (queso, yogur, leche)					
10	Con que consume sus menestras					
11	Qué tipo de aceites consume regularmente					
12	Consume cereales (trigo, arroz, quinua, maca, etc.)					
13	Controla sal en sus comidas					
14	Toma agua pura al día					
15	Toma refrescos envasados.					
16	Toma mates (manzanilla, naranjada, limonada, etc.)					
17	Controla su peso					
18	Realiza actividad física pasiva (camina por lo menos 30 minutos diarios)					
19	Mantiene un horario de sueño ajustado a sus horarios					

20	Realiza actividades recreativas					
21	Fuma o consume otra sustancia estimulante durante su embarazo					
22	Consume bebidas alcohólicas durante su embarazo					

Parte 2: Autocuidado relacionado con el desarrollo personal e interacción social

PREGUNTAS		OBSERVACIONES				
N:	Ítem: Autocuidado relacionado con el desarrollo personal e interacción social	a	b	c	d	
1	Realiza estimulación prenatal en casa con pareja					
2	Expresa sus sentimientos y emociones a alguien de su confianza cuando tiene alguna duda o preocupación					
3	Comparte tiempo con su familia					
4	Se siente feliz con su embarazo					
5	Se siente apoyado por su familia y/o pareja					
6	Habla con su pareja de sus relaciones sexuales					
7	Hasta que mes considera que debe de tener relaciones sexuales si lleva un embarazo sin riesgo					

Parte 3: Autocuidado específico de salud

PREGUNTAS		OBSERVACIONES				
Nº	Ítem: Autocuidado específico de salud	a	b	c	d	
1	Asiste mensualmente a sus controles prenatales hasta					
2	Asiste a sus controles prenatales quincenalmente desde la semana					

3	Asiste semanalmente a sus controles prenatales a partir de las					
4	Acudir a un total de.... sesiones de estimulación prenatal					
5	Acudir a la administración de sus vacunas programadas en su carnet de gestante (influenza, tétanos y difteria) a partir del					
6	Acudir en total a.... sesiones de psicoprofilaxis obstétrica					
7	Acudir al psicólogo					
8	Asistir a las atenciones odontológicas (primera y segunda) durante su embarazo					
9	Asistir a sus ecografías abdominales antes de las					
10	Realizar examen de hemoglobina en su embarazo durante su					
11	Realizar examen completo de orina					
12	Realizar examen de glucosa					
13	Realizar exámenes para descargar VIH-SIDA y sífilis					
14	Controla su presión arterial					
15	Consume o consumió ácido fólico durante su embarazo					
16	Consume hierro (sulfato ferroso) a partir de las					
17	Consume calcio a partir de las					
18	Usa cremas para las estrías					
19	Usa cremas para las machas en la cara					
20	Usa zapatos cómodos y sin tacón					

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

Datos del Experto:

Nombre y Apellido: _____

Profesión: _____

Nº Colegiatura: _____

Cargo: _____

Institución: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Anexo D: Resultados de validación kendal

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de EVELIN_CONDORI_BARZOLA, ROSA_PEREZ, JUAN_JAQUE_ALONZO, MARILU_CASTRO_PALOMINO, NANCY_GRACIA_PRETELL, SARA_ESPINOZA_MARQUINA and DÓLORES_MÉRINO son las mismas.	Coefficiente de concordancia de Kendall de muestras relacionadas	,000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05

Anexo E: Resultados de validación Alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,738	49

Anexo F: Instrumento

CUESTIONARIO						
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS (PAME)						
I. AUTOCUIDADO GENERAL						
Nº	PREGUNTA	ITEMS				
1	Con que frecuencia usted	Come verduras	No consume	3 - 4 días/semana	Todos los días	Cada 15 días
2		Come frutas	Todos los días	Cada 15 días	3 - 4 días/semana	No consume
3		Come menestras	3 - 4 días/semana	No consume	Cada 15 días	Todos los días
4		Consume pescado	Cada 15 días	1 vez / semana	1 - 3 veces por semana	No consume
5		Consume pollo	2 veces por semana	Cada 15 días	No consume	1 vez/ semana
6		Consume res	1 vez / mes	No consume	1 vez/ semana	1 vez/ 15 días
7		Consume cerdo	2-3 veces/semana	1 vez / 15 días	1 vez / semana	1 vez / mes
8		Consume alimentos ricos en hierro (hígado, sangrecita, lentejas, etc.)	1 vez / semana	2-3 veces / semana	Todos los días	No consume

9		Consume alimentos ricos en calcio (queso, yogurt, leche)	No consume	Todos los días	1 vez / semana	2-3 veces / semana
10		Consume menestras acompañadas de cítricos como tomate, limonada, pimiento, naranja, etc.	2-3 veces / semana	1 vez / semana	No consume	Todos los días
11		Consume aceites de tipo	Vegetal (Capri, Cocinero, etc.)	Animal (manteca)	Especial (oliva o sachá inchi)	No consume
12		Consume cereales (trigo, arroz, quinua, maca, etc.)	2-3 veces / semana	No consume	Todos los días	1 vez / semana
13		Consume poca cantidad de sal en sus comidas	Todos los días	2-3 veces / semana	1 vez / semana	No consume
14		Toma agua pura al día	2-4 vasos/ día	4-6 vasos/ día	8 o más vasos/día	1-2 vasos/ día
15		Toma refrescos envasados	Todos los días	2 veces / semana	1 vez / 15 días	No consume
16		Toma mates (manzanilla, hierba luisa, anís, etc.)	No consume	1 vez a los 15 días	Todos los días	1 vez a la semana
17		Controla su peso	Semanalmente	1 vez a los 9 meses	Cada 3 meses	Mensualmente
18		Realiza actividad física	3 - 4 días/semana	No realiza	1 -2 días/semana	Todos los días

		pasiva (camina por lo menos 30 minutos diarios)				
19		Mantiene un horario de sueño ajustado a sus necesidades	Frecuentemente	Nunca	A veces	Siempre
20		Fuma o consume alguna sustancia estimulante durante su embarazo	Con frecuencia	No consume	Todos los días	Ocasional
21		Consumo de bebidas alcohólicas durante su embarazo	Con frecuencia	Ocasional	No consume	Todos los días
	SUBTOTAL					
II. AUTOCUIDADO RELACIONADO CON EL DESARROLLO PERSONAL E INTERACI3N SOCIAL						
Nº	PREGUNTA	ITEMS	4	3	2	1
22	Usted	Realiza estimulación prenatal en casa	Nunca	Siempre	Frecuentemente	A veces
23		Expresa sus sentimientos y emociones a alguien de su confianza cuando tiene alguna duda o preocupación	A veces	Nunca	Siempre	Frecuentemente

24		Comparte tiempo con su familia	Nunca	Ocasionalmente	fines de semana	Todos los días
25		Realiza actividades recreativas (salidas al parque y/o juegos)	Nunca	Ocasional	Todos los días	2 - 4 días/semana
26		Se siente feliz con su embarazo	A veces	Nunca	Siempre	Frecuentemente
27		Se siente apoyada por su familia y/o pareja	Frecuentemente	Siempre	Nunca	A veces
28		Habla con su pareja de sus relaciones sexuales	Nunca	Frecuentemente	A veces	Siempre
29		Hasta que mes tendría relaciones sexuales si lleva un embarazo sin riesgo	9 meses	Nunca	3 meses	6 meses
30		Usar cremas para las estrías	1 vez / semana	Diariamente	Nunca	1 vez / mes
31		Usar cremas para las machas en la cara	Al mes	A la semana	Diariamente	Nunca
32		Usar zapatos cómodos y sin tacón	Diariamente	Nunca	Al mes	A la semana

	SUBTOTAL					
III. AUTOCUIDADO ESPECÍFICO DE SALUD						
Nº	PREGUNTA	ITEMS	4	3	2	1
33	Usted tendría que	Asistir mensualmente a sus controles prenatales hasta	La semana 27	La semana 22	La semana 32	No asistir a ningún control
34		Asistir a sus controles prenatales quincenalmente desde la semana	33 hasta la semana 36	32 hasta la semana 36	33 hasta la semana 35	No asistir a ningún control
35		Asistir semanalmente a sus controles prenatales a partir de las	37 semanas hasta el parto	38 semanas hasta el parto	36 semanas hasta el parto	No asistir hasta el parto
36		Acudir a un total de.... sesiones de estimulación prenatal	2 - 4 sesiones	6 sesiones	Ninguna	1 sesión
37		Acudir a la administración de sus vacunas programadas en su carnet de gestante (influenza, tétanos y difteria) a partir del	1 ^{er} trimestre (1 ^{er} mes-3 ^{er} mes)	2 ^{do} trimestre (4 ^{to} mes-6 ^{to} mes)	Nunca	3 ^{er} trimestre (7 ^{mo} mes-9 ^{no} mes)

38		Acudir en total a ... sesiones de psicoprofilaxis obstétrica	2 - 4 sesiones	8 sesiones	1 sesión	Ninguna
39		Acudir al psicólogo durante todo su embarazo como mínimo	3 veces	2 veces	1 vez	Nunca
40		Asistir a las consultas odontológicas (primera y segunda) durante su embarazo	No asistió	Primera atención: semana 24 y segunda atención: semana 32 y 34	Primera atención: semana 34 y segunda atención: semana 39 y 40	Primera atención: semana 14 y segunda atención: semana 22 y 24
41		Asistir a sus ecografías abdominales antes de las	14 semanas de gestación	30 semanas de gestación	No asistió	20 semanas de gestación
42		Realizar examen de hemoglobina en su embarazo en su	Sexto mes de embarazo	Primera atención en el centro de salud	Noveno mes de embarazo	No se realiza
43		Realizar examen completo de orina	Sexto mes de embarazo	Primera atención en el centro de salud	No se realiza	Noveno mes de embarazo
44		Realizar examen de	Sexto mes de	Primera atención	Noveno mes de	No se realiza

		glucosa	embarazo	en el centro de salud	embarazo	
45		Realizar exámenes para descartar VIH-SIDA y sífilis	Primera atención en el centro de salud	No se realiza	Noveno mes de embarazo	Sexto mes de embarazo
46		Controlar su presión arterial	1 vez por mes	Nunca	Diariamente	1 vez por semana
47		Consumir ácido fólico durante su	Primer trimestre de embarazo (1 ^{er} mes-3 ^{er} mes)	3 meses antes de su embarazo	Nunca	Segundo trimestre de embarazo (4 ^{to} mes-6 ^{to} mes)
48		Consumir hierro (sulfato ferroso o tabletas de hierro) a partir de las	24 semanas de gestación hasta el parto	14 semanas de gestación hasta el parto	No se consume	34 semanas de gestación hasta el parto
49		Consumir calcio a partir de las	30 semanas de gestación	No se consume	20 semanas de gestación	40 semanas de gestación
	SUBTOTAL					

Solucionario

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS (PAME)

I. AUTOCUIDADO GENERAL

Nº	PREGUNTA	ITEMS	4	3	2	1
1	Con que frecuencia usted	Come verduras	Todos los días	3 - 4 días/semana	Cada 15 días	No consume
2		Come frutas	Todos los días	3 - 4 días/semana	Cada 15 días	No consume
3		Come menestras	Todos los días	3 - 4 días/semana	Cada 15 días	No consume
4		Consume pescado	1 - 3 veces por semana	1 vez / semana	Cada 15 días	No consume
5		Consume pollo	2 veces por semana	1 vez / semana	Cada 15 días	No consume
6		Consume res	1 vez por semana	1 vez cada 15 días	1 vez / mes	No consume
7		Consume cerdo	1 vez / mes	1 vez / 15 días	1 vez / semana	2-3 veces / semana
8		Consume alimentos ricos en hierro (hígado, sangrecita, lentejas, etc.)	Todos los días	2-3 veces / semana	1 vez / semana	No consume
9		Consume alimentos ricos en calcio (queso, yogurt, leche)	Todos los días	2-3 veces / semana	1 vez / semana	No consume
10		Consume menestras acompañadas de cítricos como tomate, limonada, pimiento, naranja, etc.	Todos los días	2-3 veces / semana	1 vez / semana	No consume
11		Consume aceites de tipo	Especial (oliva o sacha inchi)	Vegetal (Capri, Cocinero, etc.)	Animal (manteca)	No consume
12		Consume cereales (trigo, arroz, quinua, maca, etc.)	Todos los días	2-3 veces / semana	1 vez / semana	Nunca
13		Consume poca cantidad de sal en sus comidas	Todos los días	2-3 veces / semana	1 vez / semana	Nunca
14		Toma agua pura al día	8 o más vasos/día	4-6 vasos/ día	2-4 vasos/ día	1-2 vasos/ día

15		Toma refrescos envasados	No consume	1 vez / 15 días	2 veces / semana	Todos los días
16		Toma mates (manzanilla, hierba luisa, anís, etc.)	Todos los días	1 vez a la semana	1 vez a los 15 días	No consumo
17		Controla su peso	Semanalmente	Mensualmente	Cada 3 meses	1 vez a las 9 meses
18		Realiza actividad física pasiva (camina por lo menos 30 minutos diarios)	Todos los días	3 - 4 días/semana	1 -2 días/semana	No realiza
19		Mantiene un horario de sueño ajustado a sus necesidades	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
20		Fuma o consume alguna sustancia estimulante durante su embarazo	No consume	Ocasional	Con frecuencia	Todos los días
21		Consume bebidas alcohólicas durante su embarazo	No consume	Ocasional	Con frecuencia	Todos los días
		SUBTOTAL				
II. AUTOCUIDADO RELACIONADO CON EL DESARROLLO PERSONAL E INTERACION SOCIAL						
Nº	PREGUNTA	ITEMS	4	3	2	1
22	Usted	Realiza estimulación prenatal en casa	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
23		Expresa sus sentimientos y emociones a alguien de su confianza cuando tiene alguna duda o preocupación	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
24		Comparte tiempo con su familia	Todos los días	fin de semana	Ocasionalmente	Nunca
25		Realiza actividades recreativas (salidas al parque y/o juegos)	Todos los días	2 - 4 días/semana	Ocasional	Nunca
26		Se siente feliz con su embarazo	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
27		Se siente apoyada por su familia y/o pareja	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca

28		Habla con su pareja de sus relaciones sexuales	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
29		Hasta que mes tendría relaciones sexuales si lleva un embarazo sin riesgo	9 meses	6 meses	3 meses	Nunca
30		Usar cremas para las estrias	Diariamente	1 vez / semana	1 vez / mes	Nunca
31		Usar cremas para las machas en la cara	Diariamente	A la semana	Al mes	Nunca
32		Usar zapatos cómodos y sin tacón	Diariamente	A la semana	Al mes	Nunca
	SUBTOTAL					
III. AUTOCUIDADO ESPECIFICO DE SALUD						
Nº	PREGUNTA	ITEMS	4	3	2	1
33	Usted tendría que	Asistir mensualmente a sus controles prenatales hasta	La semana 32	La semana 27	La semana 22	No asistir a ningún control
34		Asistir a sus controles prenatales quincenalmente desde la semana	33 hasta la semana 36	32 hasta la semana 36	33 hasta la semana 35	No asistir a ningún control
35		Asistir semanalmente a sus controles prenatales a partir de las	37 semanas hasta el parto	36 semanas hasta el parto	38 semanas hasta el parto	No asistir hasta el parto
36		Acudir a un total de.... sesiones de estimulación prenatal	6 sesiones	2 - 4 sesiones	1 sesión	Ninguna
37		Acudir a la administración de sus vacunas programadas en su carnet de gestante (influenza, tétanos y difteria) a partir del	2º trimestre (4º mes-6º mes)	1º trimestre (1º mes-3º mes)	3º trimestre (7º mes-9º mes)	Nunca
38		Acudir en total a ... sesiones de psicoprofilaxis obstétrica	8 sesiones	2 - 4 sesiones	1 sesión	Ninguna

39	Acudir al psicólogo durante todo su embarazo como mínimo	3 veces	2 veces	1 vez	Nunca
40	Asistir a las consultas odontológicas (primera y segunda) durante su embarazo	Primera atención: semana 14 y segunda atención: semana 22 y 24	Primera atención: semana 24 y segunda atención: semana 32 y 34	Primera atención: semana 34 y segunda atención: semana 39 y 40	No asistió
41	Asistir a sus ecografías abdominales antes de las	14 semanas de gestación	20 semanas de gestación	30 semanas de gestación	No asistió
42	Realizar examen de hemoglobina en su embarazo en su	Primera atención en el centro de salud	Sexto mes de embarazo	Noveno mes de embarazo	No se realiza
43	Realizar examen completo de orina	Primera atención en el centro de salud	Sexto mes de embarazo	Noveno mes de embarazo	No se realiza
44	Realizar examen de glucosa	Primera atención en el centro de salud	Sexto mes de embarazo	Noveno mes de embarazo	No se realiza
45	Realizar exámenes para descartar VIH-SIDA y sífilis	Primera atención en el centro de salud	Sexto mes de embarazo	Noveno mes de embarazo	No se realiza
46	Controlar su presión arterial	Diariamente	1 vez por semana	1 vez por mes	Nunca
47	Consumir ácido fólico durante su	3 meses antes de su embarazo	Primer trimestre de embarazo (1 ^{er} mes-3 ^{er} mes)	Segundo trimestre de embarazo (4 ^{to} mes-6 ^{to} mes)	Nunca
48	Consumir hierro (sulfato ferroso o tabletas de hierro) a partir de las	14 semanas de gestación hasta el parto	24 semanas de gestación hasta el parto	34 semanas de gestación hasta el parto	No se consume
49	Consumir calcio a partir de las	20 semanas de gestación	30 semanas de gestación	40 semanas de gestación	No se consume
	SUBTOTAL				

Vers. 13 / 06 / 14

CLASIFICACION		
AUTOCAUIDADO	MAX-MIN	PUNTAJE
Autocuidado General	Máx.: (21x4)= 84 Mín.: (21x1)= 22	Excelente (69-82)
		Bueno (53-68)
		Regular (37-52)
		Deficiente (21-36)
Autocuidado De desarrollo personal e interacción social (6 Items)	Máx.: (11x4)= 44 Mín.: (11x1)= 11	Excelente (38-44)
		Bueno (29-37)
		Regular (20-28)
		Deficiente (11-19)
Conocimientos específicos de salud	Máx.: (17x4)= 68 Mín.: (17x1)= 17	Excelente (56-68)
		Bueno (43-55)
		Regular (30-42)
		Deficiente (17-29)
Autocuidado Global	Máx.: (49x4)= 196 Mín.: (49x1)= 49	Excelente (158-196)
		Bueno (122-157)
		Regular (86-121)
		Deficiente (49-85)

Anexo G: Carta de aceptación de la población de estudio



PERÚ Ministerio de Salud



REFORMA es más SALUD

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"
"Garantizamos el Acceso a los Servicios de Salud y Contribuimos al Desarrollo Social"

RECIBIDA
MICRO RED CARABAYLLO

Fecha: 15 MAY 2014
Hora: 08:20

MEMORANDUM N° 339 - DE -URH-AC-RSTA-2014

A : MC. Daniel, CARRION SALVADOR
Médico Jefe de la Micro Red Carabayllo

ASUNTO : Proyecto de Investigación Universidad de Ciencias y Humanidades

REFERENCIA : Exp. N° 4228

FECHA : Independencia, 30 ABR. 2014

Por medio del presente me dirijo a Usted con la finalidad de saludarlo cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud Túpac Amaru **AUTORIZA** la realización del Trabajo de Proyecto de Investigación **PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL PROGRESO, CARABAYLLO -2014** de la Universidad de Ciencias y Humanidades, a las estudiantes:

- Cristina Valeria, ROJAS ORIA
- Jessica, SALAS PISCO
- Rosa, VARGAS OLIVERA

Comprometiéndose a proporcionar una copia del trabajo de Investigación al establecimiento de salud a su cargo y al área de capacitación.

Agradezco por anticipado la atención que brinde a la presente.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud y Lima Ciudad
Dirección de Red de Salud "Lima Norte" U.
U.E. 043 Red de Salud "Tupac Amaru"

ELVIS J. BUENOS FLORES
SUB DIRECTOR
C.M.P. 80179

JMMA/EJ/BF/JTA/FCC/ira

<http://www.minsarsta.gob.pe>

Calle A Mz. 02 Lote 03
Asoc. V. R. Haya de la Torre
Independencia,
Telf. 201-1340 ANEXO 155

Anexo H: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es conducida por Cristina Valeria Rojas Oria, Rosa Emeli Vargas Olivera y Jessica Salas Pisco, estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades. El objetivo de este estudio es determinar las prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del Centro de Salud "Collique III Zona", Comas - 2014.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar un cuestionario. Esto tomará 10 minutos aproximadamente de su tiempo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recoja será confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de esta investigación, sus respuestas serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, de igual manera puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que esto lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas del cuestionario le parece incomoda, tiene usted derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

.....
Cristina Valeria Rojas
Oria

.....
Rosa Emeli Vargas
Olivera

.....
Jessica Salas Pisco

.....
Encuestado

Anexo I: Resultados complementarios

AUTOUIDADO GENERAL					
¿Con qué frecuencia Ud. come verduras?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No consume				
	Cada 15 días	4	3.7	3.7	3.7
	3-4 días / semana	20	18.7	18.7	22.4
	Todos los días	60	56.1	56.1	78.4
	Todos los días	107	21.5	21.5	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. come frutas?					
Válidos	No consume				
	Cada 15 días	1	6,5	6,5	6,5
	3-4 días / semana	21	37,4	37,4	43.9
	Todos los días	47	30.8	30.8	74.8
	Todos los días	38	25.2	25.2	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. come menestras?					
Válidos	No consume				
	Cada 15 días	6	5.6	5.6	5.6
	3-4 días / semana	39	36.4	36.4	42.1
	Todos los días	56	52.3	52.3	94.4
	Todos los días	6	5.6	5.6	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. come pescado?					
Válidos	No consume	2	1.9	1.9	1.9
	Cada 15 días	37	34.6	34.6	36.4
	1 vez / semana	50	46.7	46.7	83.2
	Todos los días	18	16.8	16.8	100,0

	1 – 3 veces por semana				
¿Con qué frecuencia Ud. come res?					
Válidos	No consume				
	1 vez/ mes	6	5.6	5.6	5.6
	1 vez/ 15 días	47	43.9	43.9	49.5
	1 vez/ semana	25	23.4	23.4	72.9
		29	27.1	27.1	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. come cerdo?					
Válidos	No consume				
	1 vez / semana	7	6.5	6.5	6.5
	1 vez / 15 días	40	37.4	37.4	43.9
	1 vez / mes	33	30.8	30.8	74.8
		27	25.2	25.2	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. consume alimentos ricos en hierro (hígado, sangrecita, lentejas, etc.)?					
Válidos	No consume				
	1 vez / semana	2	1.9	1.9	1.9
	2-3 veces / semana	46	43,0	43,0	44.9
	Todos los días	57	53.3	53.3	98.1
		2	1.9	1.9	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. consume alimentos ricos en calcio (queso, yogurt, leche, etc.)?					
Válidos	1 vez / semana	22	26.6	20.6	20.6
	2-3 veces / semana	47	43.9	43.9	64.5
	Todos los días	38	35.5	35.5	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. consume menestras, acompañadas con cítricos como					

tomate, limonada, pimentón, naranja, etc.?					
Válidos	No consume				
	1 vez / semana	3	2.8	2.8	2.8
	2-3 veces / semana	27	25.2	25.2	28.0
	Todos los días	67	62.6	62.6	90.7
		10	9.3	9.3	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. consume aceites de tipo?					
Válidos	Vegetal (Capri, Cocinero, etc.)	107	100,0	100,0	100,0
¿Con que frecuencia Ud. consume cereales (trigo, arroz, quinua, maca, etc.)?					
Válidos	1 vez / semana	22	20.6	20.6	20.6
	2-3 veces / semana	60	56.1	56.1	76.6
	Todos los días	25	23.4	23.4	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. consume poca cantidad de sal en sus comidas?					
Válidos	No consume				
	1 vez / semana	4	3.7	3.7	3.7
	2-3 veces / semana	15	14.0	14.0	17.8
	Todos los días	45	42.1	42.1	59.8
		43	40.2	40.2	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. toma agua pura al día?					
Válidos	1-2 vasos/ día	15	14.0	14.0	14.0
		40	37.4	37.4	51.4
	2-4 vasos/ día	44	41.1	41.1	92.5
	4-6 vasos/	8	7.5	7.5	100,0

	día 8 o más vasos/ día				
¿Con qué frecuencia Ud. toma refrescos envasados?					
Válidos	Todos los días	6	5.6	5.6	5.6
	2 veces / semana	36	33.6	33.6	39.3
	1 vez / 15 días	46	43.0	43.0	82.2
	No consume	19	17.8	17.8	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. toma mates (manzanilla, naranjada, limonada, etc.)?					
Válidos	No consume				
	1 vez / 15 días	2	1.9	1.9	1.9
		26	24.3	24.3	26.2
	1 vez / semana	45	42.1	42.1	68.2
	Todos los días	34	31.8	31.8	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. controla su peso?					
Válidos	1 vez / 9 meses				
	Cada 3 meses	8	7,5	7,5	7,5
		25	23.4	23.4	30.8
	Mensualmente	57	53.3	53.3	84.1
	Semanalmente	17	15.9	15.9	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. realiza actividad física pasiva (camina por lo menos 30 minutos diarios)?					
Válidos	No realiza	8	7.5	7.5	7.8
	1-2 días / semana	20	18.7	18.7	26.2
		35	32.7	32.7	58.9
	3-4 días /	44	41.1	41.1	100,0

	semana Todos los días				
¿Con qué frecuencia Ud. mantiene un horario de sueño ajustado a sus necesidades?					
Válidos	Nunca	4	3.7	3.7	3.7
	A veces	52	48.6	48.6	52.3
	Frecuentemente	34	31.8	31.8	84.1
	Siempre	17	15.9	15.9	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. fuma o consume alguna sustancia estimulante durante su embarazo?					
Válidos	Ocasional	14	13.1	13.1	13.1
	No consumo	93	86.9	86.9	100,0
¿Con qué frecuencia Ud. consume bebidas alcohólicas durante su embarazo?					
Válidos	Ocasional	21.86	19.6	19.6	19.6
	No consumo	86	80.4	80.4	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

EDAD AGRUPADA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18-25 Años	18	45,0	45,0	45,0
	26-35 Años	22	55,0	55,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	15	37,5	37,5	37,5
	Conviviente	17	42,5	42,5	80,0
	Casada	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	4	10,0	10,0	10,0
	Secundaria	26	65,0	65,0	75,0
	Superior-técnico	7	17,5	17,5	92,5
	Superior-universitario	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

AUTOCUIDADO DE DESARROLLO PERSONAL E INTERACCIÓN SOCIAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
¿Ud. realiza estimulación prenatal en casa?					
Válidos	Nunca	37	34.6	34.6	34.6
	A veces	42	39.3	39.3	73.8
	Frecuentemente	21	19.6	19.6	93.5
	Siempre	7	6.5	6.5	100,0
¿Ud. expresa sus sentimientos y emociones a alguien de su confianza cuando tiene alguna duda o preocupación?					
Válidos	Nunca	6	5.6	5.6	5.6
	A veces	64	59.8	59.8	65.4
	Frecuentemente	13	12.1	12.1	77.6
	Siempre	24	22.4	22.4	100,0
¿Ud. comparte tiempo con su familia?					
Válidos	Ocasionalmente	34	31.8	31.8	31.8
	Fines de semana	39	36.4	36.4	68.2
	Todos los días	34	31.8	31.85	100,0
¿Ud. realiza actividades recreativas (salidas al parque y/o juegos)?					
Válidos	Nunca	2	1.9	1.9	1.9
	Ocasional	60	56.1	56.1	57.9
	2 - 4 días / semana	41	38.3	38.3	96.3
	Todos los días	4	3.7	3.7	100,0
¿Ud. se siente feliz con su embarazo?					
Válidos	A veces	28	26.2	26.2	26.2
	Frecuentemente	10	9.3	9.3	35.5
	Siempre	69	64.5	64.5	100,0
¿Ud. se siente apoyada por su familia y/o pareja?					

Válidos	Nunca	10	9.3	9.3	9.3
	A veces	49	45.8	45.8	55.1
	Frecuentemente	15	14	14	69.2
	Siempre	33	30.8	30.8	100,0
¿Ud. habla con su pareja de sus relaciones sexuales?					
Válidos	Nunca	18	16.8	16.8	16.8
	A veces	49	45.8	45.8	62.6
	Frecuentemente	23	21.5	21.5	84.1
	Siempre	17	15.9	15.9	100,0
¿Ud. hasta que mes considera que debe de tener relaciones sexuales si lleva un embarazo sin riesgo?					
Válidos	Nunca	23	21.5	21.5	21.5
	3 meses	26	24.3	24.3	45.8
	6 meses	44	41.1	41.1	86.9
	9 meses	14	13.1	13.1	100,0
¿Ud. usa cremas para las estrías?					
Válidos	Nunca	71	66.4	66.4	66.4
	1 vez / mes	17	15.9	15.9	82.2
	1 vez / semana	11	10.3	10.3	92.5
	Diariamente	8	7.5	7.5	100,0
¿Ud. usa cremas para las manchas en la cara?					
Válidos	Nunca	66	61.7	61.7	61.7
	Al mes	15	14,0	14,0	75,7
	A la semana	17	15.9	15.9	91.6
	Diariamente	9	8.4	8.4	100,0
¿Ud. usa zapatos cómodos y sin tacón?					
Válidos	Nunca	6	5.6	5.6	5.6
	Al mes	10	9.3	9.3	15
	A la semana	30	28.0	28.0	43
					100,0

	Diariamente	61	57	57	
	Total	40	100,0	100,0	

SEMANAS DE GESTACIÓN AGRUPADA

N	Válidos	40
	Perdidos	0
Media		806,00
Desv. típ.		462,866
Mínimo		100
Máximo		2000

SEMANAS DE GESTACIÓN AGRUPADA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1-13 Semanas	10	25,0	25,0	25,0
	14 - 26 Semanas	15	37,5	37,5	62,5
	27-40 semanas	15	37,5	37,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

CONOCIMIENTO ESPECÍFICO DE SALUD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
¿Ud. tendría que asistir mensualmente a sus controles prenatales hasta?					
Válidos	Incorrecto	51	47.7	47.7	47.7
	Correcto	56	52.3	52.3	100,0
¿Ud. tendría que asistir a sus controles prenatales quincenalmente desde la semana?					
Válidos	Incorrecto	85	79.4	79.4	79.4
	Correcto	22	20.6	20.6	100,0
¿Ud. tendría que asistir semanalmente a sus controles prenatales a partir de las?					
Válidos	Incorrecto	74	69.2	69.2	69.2
	Correcto	33	30.8	30.8	100,0
¿Ud. tendría que acudir a un total de ... sesiones de estimulación prenatal?					
Válidos	Incorrecto	56	52.3	52.3	52.3
	Correcto	51	47.7	47.7	100,0
¿Ud. tendría que acudir a la administración de sus vacunas programadas en su carnet de gestante (influenza, tétanos, y difteria y hepatitis B) a partir del?					
Válidos	Incorrecto	60	56.1	56.1	56.1
	Correcto	47	43.9	43.9	100,0
¿Ud. tendría que acudir en total a ... sesiones de psicoprofilaxis obstétrica?					
Válidos	Incorrecto	75	70.1	70.1	70.1
	Correcto	32	29.9	29.9	100,0
¿Ud. tendría que acudir al psicólogo durante todo su embarazo como mínimo?					
Válidos	Incorrecto	77	72	72	72
	Correcto	30	28	28	100,0
¿Ud. tendría que asistir a las atenciones odontológicas (primera y segunda) durante su embarazo?					
Válidos	Incorrecto	70	65.4	65.4	65.4
	Correcto	37	34.6	34.6	100,0

¿Ud. tendría que asistir a sus ecografías abdominales antes de las?					
Válidos	Incorrecto	49	45.8	45.8	45.8
	Correcto	58	54.2	54.2	100,0
¿Ud. tendría que realizar examen de hemoglobina en su embarazo en su?					
Válidos	Incorrecto	39	36.4	36.4	36.4
	Correcto	68	63.6	63.6	100,0
¿Ud. tendría que realizar examen completo de orina en su?					
Válidos	Incorrecto	37	34.6	34.6	34.6
	Correcto	70	65.4	65.4	100,0
¿Ud. tendría que realizar examen de glucosa en su?					
Válidos	Incorrecto	55	51.4	51.4	51.4
	Correcto	52	48.6	48.6	100,0
¿Ud. tendría que realizar examen para descargar VIH-SIDA y Sífilis en su?					
Válidos	Incorrecto	50	46.7	46.7	46.7
	Correcto	57	53.3	53.3	100,0
¿Ud. tendría que controlar su presión arterial?					
Válidos	Incorrecto	89	83.2	83.2	83.2
	Correcto	18	16.8	16.8	100,0
¿Ud. tendría que consumir ácido fólico durante su?					
Válidos	Incorrecto	83	77.6	77.6	77.6
	Correcto	24	22.4	22.4	100,0
¿Ud. tendría que consumir hierro (sulfato ferroso o tabletas de hierro) a partir de las?					
Válidos	Incorrecto	40	37.4	37.4	37.4
	Correcto	67	62.6	62.6	100,0
¿Ud. tendría que consumir calcio (tabletas de calcio) a partir de las?					
Válidos	Incorrecto	46	43	43	43
	Correcto	61	57	57	100,0