



UNIVERSIDAD INSURGENTES

PLANTEL XOLA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON INCORPORACIÓN
A LA UNAM CLAVE 3315-25

**“EFECTOS DEL SERVICIO “TU EMBARAZO RESPONSABLE” EN
EL AUTOCUIDADO Y ACTITUD HACIA EL EMBARAZO EN UNA
MUESTRA DE MUJERES EMBARAZADAS”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

C. ELIZABETH MARLEN ROJAS SANDOVAL

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. CESAR ARÁMBULA RÍOS

MEXICO D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

Mami, te dedico esta tesis en reconocimiento a tu valentía para ser madre, a los valores que me inculcaste y que con tu apoyo he podido culminar mis proyectos, por enseñarme a ser una mujer responsable y perseverante, a tus palabras de motivación que siempre me acompañan recordándome que con empeño y esfuerzo se pueden cumplir las metas y sueños; en fin podría escribir hojas enteras sobre las enseñanzas que me has dado, Gracias Mami, Eres una madre y mujer ejemplar. Te amo.

Hermana, Espero ser inspiración para que logres todos los proyectos que te propongas, sabes que siempre contarás con mi apoyo Te quiero...

Novio, Que te puedo decir que no sepas ya, gracias por apoyarme en cada una de mis decisiones, por tus palabras de aliento, gracias por compartir tu vida conmigo Te amo.

A mis profesores que compartieron sus conocimientos durante la carrera, siempre serán una inspiración para amar esta profesión...

Amigos y compañeros que siempre me alentaron con buenos deseos...

Agradecimientos

En primer lugar a mi director de Tesis, Maestro Cesar Arámbula Ríos mi más amplio agradecimiento por su valiosa dirección, orientación y apoyo para iniciar y concluir este proyecto, será siempre una fuente de motivación e inspiración.

Agradezco a las Autoridades del Programa Medicina a Distancia de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, Lic. Rafael Rodríguez Patricio, por permitirme incursionar en el ámbito profesional, además de ser una institución fuente de experiencia y conocimiento sin su apoyo no hubiese sido posible.

A la Lic. Jessica López Hernández que fue enlace con las autoridades de los Centros de Salud por apoyar y creer en este proyecto.

Al director del Centro de Salud T III "Dr. José Zozaya"; Erik Jacobo Robles Hernández y al director del centro de Salud T III "Dr. Manuel Pesqueira"; Ariel de Guadalupe Barranco Izquierdo, por permitirme presentar el proyecto, brindarme información y la confianza otorgada.

Finalmente a cada una de las mujeres embarazadas, que permitieron ser entrevistadas y lograr la valiosa información para esta tesis.

Índice	
Resumen.....	1
Introducción	2
Capítulo 1. Teoría Del Autocuidado	5
1.1 Premisas de La Teoría De Autocuidado	6
1.2 Requisitos de Autocuidado Universal	9
1.3 Déficit de Autocuidado	13
1.4 Calidad de Vida.....	13
1.5 Autocuidado en La Mujer Embarazada.....	17
1.6 Actividades de Autocuidado	20
1.6.1 Alimentación	21
1.6.2 Actividad Física.....	25
1.6.3 Aseo Personal	27
1.6.4 Descanso.....	27
1.7 Atención Prenatal.....	29
1.8 Actividades A Realizar Durante La Atención Prenatal	30
1.8.1 Principales Factores De Riesgo En La Gestación.....	33
Capítulo 2 La Experiencia Del Embarazo	35
2.1 Afrontamiento del Embarazo	35
2.1.1 Ansiedad de Nacimiento	35
2.1.2 Adaptación Psicosocial al Embarazo	37
2.1.3 Neuro-Hormonas cerebrales en el Embarazo	41
2.1.4 Percepción de Autoeficacia en el Afrontamiento al Trabajo de Parto	44
2.2 Factores De Riesgo Psicosocial	45
2.2.1 Factores Socio-Económicos	48
2.2.2 Factores Ocupacionales	49
2.2.3 Edad	50
2.2.4 Apoyo Social.....	52
2.2.5 Depresión	55
2.2.6 Violencia	57
2.2.7 Embarazos no Planeados y/o No Deseados.....	61
Capítulo 3 Antecedentes Históricos De La Atención Prenatal Y El Parto	66
3.1 Primeras Aproximaciones a la Atención Prenatal	68

3.2 Modelos de Atención Prenatal En México	71
3.2.1 Guía de Práctica Clínica Control Prenatal.....	72
3.2.2 Arranque Parejo en la Vida	73
3.2.3 Programa Medicina a Distancia	75
3.3 Atención del Parto en México	77
3.4 Mortalidad y Morbilidad Materna.....	83
Capítulo 4. Método	87
4.1 Planteamiento del Problema	87
4.2 Objetivos Generales.....	87
4.3 Objetivos Específicos	87
4.4 Variables	87
4.5 Hipótesis	88
4.6 Tipo de Diseño	89
4.7 Tipo de Estudio	89
4.8 Escenarios	89
4.9 Población	90
4.10. Muestras	90
4.11 Muestreo	90
4.12 Criterios de Inclusión y Exclusión	90
4.13 Criterios de Exclusión.....	91
4.14 Materiales y/o Instrumentos	91
4.15 Procedimiento	95
4.16 Análisis de Datos.....	95
Capítulo 5. Análisis De Resultados.....	96
5.1. Datos Sociodemográficos.....	96
5.1.1 Factores Condicionantes Básicos	105
5.2 Análisis Descriptivo.....	117
5.3 Estadística Inferencial.....	134
5.3.1 Correlaciones entre las Variables	134
5.3.2 Comparación de Medias Muéstrales.....	136
Capítulo 6. Conclusiones Y Discusión	138
6.1 Conclusiones.....	138
6.2 Discusión	140
Referencias	
Anexos	

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue describir y comparar la capacidad de Autocuidado y Actitud hacia el embarazo de dos muestras de mujeres que se encontraban en el periodo de gestación, además de identificar si existían diferencias estadísticamente significativas con respecto a la modalidad del servicio prenatal que recibían, la primera muestra estuvo conformada por 25 mujeres que pertenecían al servicio telefónico Embarazo Responsable y la segunda muestra estuvo conformada por 104 mujeres embarazadas que asistían al control prenatal en Centro de Salud. El diseño utilizado fue No Experimental en su modalidad descriptiva y correlacional, y se utilizó un cuestionario integrado por tres escalas válidas: la Escala MOS, forma corta de la Encuesta General de Salud (SFGHS), la Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado (ASA-1) y una adaptación del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal (PSQ). El instrumentó se aplicó a los sujetos mediante entrevistas individuales. Los principales resultados del presente trabajo permiten establecer que las capacidades de autocuidado y actitud hacia el embarazo de las mujeres embarazadas fueron satisfactorias en ambos programas y se encontraron correlaciones significativas entre las variables Edad y Autocuidado (.278), Autocuidado y Actitud hacia el embarazo (.292), Estado de Salud y Actitud hacia el Embarazo (.380) y por ultimo Escolaridad y Autocuidado (.296).

Palabras Clave: Embarazo, Servicio Embarazo Responsable., Autocuidado, Actitud hacia el Embarazo.

Introducción

Diversos estudios han mostrado la relevancia de los cuidados prenatales representan para la salud del bebé y de la mujer embarazada ya que con ellos se prevén situaciones que pondrían en riesgo la vida de la madre y del producto.

El embarazo, parto y puerperio son partes de un mismo procedimiento cuya importancia es necesario resaltar, los aspectos biológicos, sociales y psicológicos; están estrechamente relacionados, y que deben de considerarse tanto en la salud como en la enfermedad (Salvatierra, 1989).

El embarazo marca un periodo de grandes cambios biopsicosociales, la manera en que la mujer asume este proceso dependerá en gran medida de las ideas previas que tenga del embarazo y parto, apoyo de la pareja o familia y de acceso a los servicios de salud, dependiendo de esto el embarazo puede constituir un gozo o una carga, el no contar con todos estos factores puede desencadenar episodios graves de estrés que repercutirá en la salud del binomio.

En cuanto a los aspectos sociales cada cultura posee creencias firmes a cerca de la conducta apropiada en el embarazo, el parto y el puerperio. Las futuras madres han de acomodarse a dichas creencias, que condicionan en gran parte sus expectativas y su comportamiento. El embarazo es un estadio de desarrollo que implica una tarea de aceptar la gestación, y ejercer el papel materno con afecto y “ternura” (Salvatierra, 1989).

Por otra parte los cuidados prenatales se refieren a todas aquellas prácticas médicas y no médicas que la mujer embarazada realiza para beneficio de ella y de su bebé. Los cuidados prenatales se clasifican en dos categorías: 1) el autocuidado, donde se incluyen aspectos de alimentación, prácticas de medicina doméstica y los cuidados físicos durante el embarazo; ejercicio y aseo, 2) La Atención médica se refiere a las prácticas de control prenatal y el control de enfermedades que las mujeres llevan a cabo al asistir a los servicios de salud (Ceballos, 2010).

El objetivo de esta investigación radicó, en conocer la eficacia de los Servicios de Salud y el impacto que tiene en la capacidad de autocuidado en dos muestras de mujeres embarazadas además de conocer la actitud hacia el embarazo y su aporte a nuevos elementos que sirvan de base para prevenir factores indeseables en la salud física y emocional. Además de señalar la importancia de contar con un mayor número de programas y servicios destinados a la prevención y acompañamiento psicológico en la etapa gestacional; por medio de la psicoeducación como una herramienta que nos permita prevenir, informar y detectar e implementar aquellas acciones diagnósticas o terapéuticas, que de ser oportunas modificaran las consecuencias indeseables en la salud física y psicosocial materno- infantil.

Asimismo la importancia de abordar e incursionar en la Psicología Prenatal y Perinatal en nuestro país como una alternativa más de trabajo, ya que nuestra preparación profesional nos instrumenta para operar con el mundo interno de la mujer gestante y tratar de actuar sobre los factores externos que influyan sobre éste. La labor de los profesionales de la salud mental será la prevención y acompañamiento durante la gestación, explicar los procesos por los cuales vivirá, enseñar breves técnicas de relajación para favorecer el trabajo de parto y apoyo en el vínculo a establecer entre madre y el hijo.

En el capítulo 1 se aborda el tema de la teoría del Autocuidado, conceptos y premisas en la aplicación de la Atención Prenatal y actividades de autocuidado.

El capítulo 2 se aborda el tema de la Experiencia del embarazo, afrontamiento del embarazo, ansiedad, adaptación al embarazo y factores de riesgo psicosocial.

En el capítulo 3 se aborda el tema de Antecedentes Históricos de la Atención Prenatal y el Parto, modelos de atención prenatal y morbi-mortalidad materna en México.

En el capítulo 4 se describe y presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, y así como la descripción de los datos

sociodemográficos de las muestras, análisis descriptivo e inferencial, comparación de medias muestrales.

Finalmente en el capítulo cinco se establecen las conclusiones y discusiones a las que se llegó al terminar esta investigación.

Capítulo 1. Teoría del Autocuidado

El autocuidado como concepto cobra auge a raíz de la prioridad asignada a la Atención Primaria como una estrategia de elección para alcanzar la meta de la Salud para Todos. Así, durante la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, se emitió la carta “Salud para todos en el 2000”, cuyos objetivos fueron promocionar la salud, proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorarla y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar de esa manera un estado de bienestar físico, mental y social. Es por esto que es indispensable que la humanidad tenga el conocimiento, información y los medios de salud a su alcance para que los individuos o grupos deban de ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Diversos autores han definido al **autocuidado** como un proceso adquirido que debe permanecer durante el crecimiento y el desarrollo. Según Coppard (1985), el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales (Quintero, 1994).

Dorothea E. Orem, enfermera de nacionalidad estadounidense, al respecto publicó en 1969 sus primeras reflexiones formales sobre el concepto de autocuidado en la Enfermería. El término Autocuidado, formalizado y descrito en sus ediciones primera y segunda de *Concept Formalization in Nursing process* en este trabajo incluyó la investigación de la definición de trabajo **autocuidado** para determinar si el concepto era útil para manejar los datos de situaciones concretas en el área de enfermería, en esta teoría del autocuidado explica el concepto como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

La palabra *auto* se utiliza en el sentido del ser *Humano completo*. El autocuidado comporta la connotación dual de “para uno mismo” y realizado “por uno mismo “. Por lo que el autocuidado se define como la acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades de cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales; esto es, la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar (Orem, 1994).

El autocuidado tiene un propósito: Es una acción que tiene un patrón y una secuencia y, cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humano (Orem, 1994).

En su teoría de autocuidado la autora postula una serie de premisas y preposiciones iniciales que la sustentan.

1.1 Premisas de la Teoría de Autocuidado

1-. El autocuidado es una conducta. Es una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y de la comunicación.

2-. Las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidar de sí mismas para mantener la vida racional y la salud y pueden tener tal responsabilidad con otras personas (Orem, 1994).

Un ejemplo de esto es el cuidado de los lactantes y los niños, el cuidado de los ancianos y el cuidado de los adolescentes. En todos los casos, el autocuidado incluye proporcionar y ayudar a realizar o supervisar el autocuidado de otro.

La teoría del Autocuidado sugiere características que deben poseer las personas cuidadas incluyendo propiedades específicas que se denominan **Factores de condicionamiento básico**, estos ayudarán a identificar las capacidades y limitaciones de autocuidado de los pacientes, las cuales deberán estar relacionadas con los componentes esenciales de la agencia de

autocuidado. A continuación se describen los factores condicionantes básicos e indispensables para desarrollar la capacidad de autocuidado:

Grupo uno: Factores condicionantes

1-. La conducta del autocuidado se ve afectada por el **autoconcepto** y por el nivel de madurez del individuo.

2-. La conducta del autocuidado está afectada por los objetivos y las practicas derivadas de la **cultura**.

3-. La conducta de autocuidado se ve afectada por el **conocimiento** de la salud científicamente derivado que posee la persona.

4-. La conducta de autocuidado se ve afectada por la situación en la **constelación familiar**.

5-. La conducta de autocuidado se ve afectada por los miembros de grupos sociales aparte de la familia; por ejemplo, amigos y compañeros de trabajo.

6-. La falta de conocimientos científicamente derivados sobre el autocuidado, los trastornos y disfunciones de la salud, la falta de habilidades para el autocuidado, los hábitos inadecuados de autocuidado limitando las acciones que una persona puede hacer respecto a su propio autocuidado o al cuidar a otra persona en este tema (Orem, 1994).

Grupo dos: El autocuidado en la salud y la enfermedad

1-. El autocuidado contribuye y es necesario para la integridad de la persona como organismo psicofisiológico con una vida racional.

2-. Cada persona debe de realizar o ha realizado para sí misma diariamente un mínimo de actividades, o en consideración a sí mismo para continuar su existencia como organismo con una vida racional. En caso de enfermedad, lesión o disfunción física o mental, debe realizar otras actividades para mantener la vida o mejorar su salud.

3-. El autocuidado dirigido al mantenimiento y promoción de la salud requiere un fondo de conocimiento derivado científicamente sobre los objetivos y las prácticas de autocuidado.

Grupo tres: Demandas comportamentales y de recursos de autocuidado

1-. Se requiere un conocimiento general de los objetivos y prácticas de autocuidado, así como el conocimiento específico sobre uno mismo, incluyendo el estado de salud y sobre el ambiente físico y social. También requiere hacer la adquisición de conocimientos específicos, implica hacer observaciones, juicios y conduce a la comprensión de los requerimientos de autocuidado presentes.

2-.El autocuidado implica la búsqueda y participación de los cuidados médicos prescritos por el médico en el caso de desviaciones o cambios de salud y evaluaciones científicas periódicas del estado de salud.

3-.El autocuidado requiere actividades internas orientadas dirigidas al control de la conducta y al control del entorno para establecer contacto y comunicación con otros, para la obtención y utilización de recursos.

4-.El autocuidado requiere el uso de recursos que puede incluir el vivir en un entorno físico y social saludable; el consumo de agua, alimentos y fármacos en caso de enfermedad (Orem, 1994).

Estos factores de autocuidado son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias y que tienen validez en la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano. Es así que los requisitos de autocuidado como lo muestra la Figura 1, son comprendidos como acciones a desarrollar por o para los individuos a fin de controlar los factores humanos y ambientales que afectan el funcionamiento y desarrollo humano (Ver Figura 1).



Figura 1: Proceso de la Agencia Autocuidado

1.2 Requisitos de Autocuidado Universal

Los requisitos de autocuidado universal representan acciones humanas que se producen a partir de condiciones internas y externas del individuo. Son necesidades comunes como el **aporte suficiente de agua, alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluido los excrementos, el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida y promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales, todo esto para producir y mantener condiciones de vida que apoyen los procesos vitales, como la formación y mantenimiento de la integridad estructural y funcional** (Orem, 1994).

Además de las teorías específicas de enfermería centradas principalmente en la atención de pacientes, también están las interdisciplinarias las cuales dependen de otras ciencias como las físicas, sociales y del comportamiento y otras para comprender y explicar aspectos en la atención al ser humano.

Al respecto, Abraham Maslow (1986) en su teoría al estudio de la gente que consideraba mentalmente sana: eran en realidad, personas autorrealizadas que son aquellas que han llegado a un alto nivel de madurez, salud y autosatisfacción. Descubrió que el funcionamiento humano es diferente en las personas que actúan en un estado de salud positiva más que en un estado de deficiencia (Maslow, 1991).

Para lograr esto, Maslow describió una serie de estados motivacionales que han de cumplirse y los llamó *impulsos primarios*, o sea, las necesidades

innatas. Además, el autor describió varias características de estas necesidades y realizó una jerarquía de ellas:

- Necesidades fisiológicas para mantener la homeostasis, como la comida, agua, aire y sexo.
- Necesidades de seguridad, estabilidad, dependencia, protección, ausencia del miedo, ansiedad, caos, necesidad de estructura y orden.
- Necesidades de pertenencia y amor suponen dar y recibir efecto.
- Necesidades de estima: deseo de una valoración generalmente alta de sí mismos en el sentido de respeto y autovalía, así como también recibirlos de otras personas, en forma de estatus, reconocimiento o éxito social (Maslow, 1991).

Al respecto, afirma que estas necesidades activan y dirigen el comportamiento humano y estas son necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia y amor, de estima y autorrealización (Shultz & Shultz, 2002).

El autor describió que las necesidades tenían un componente hereditario y que se podían ver afectadas o anuladas por el aprendizaje, expectativas sociales y el temor a la desaprobación. Aunque nacemos con las necesidades innatas, las conductas que empleamos para satisfacerlas son aprendidas y por ende puede variar de persona a otra (Shultz & Shultz, 2002).

Entre el concepto de necesidad de Maslow y autocuidado de Orem existe una estrecha relación, dada principalmente por el hecho de que necesitamos del autocuidado para mantener el equilibrio entre los factores internos y externos. Por eso una necesidad está satisfecha cuando primero se ha tomado conciencia de dicha necesidad, organizando las propias conductas hacia el logro de los objetivos propuestos. En este camino el autocuidado aparece como un medio necesario para llegar a la meta y satisfacer las necesidades.

Por otro lado, como requisito del desarrollo humano se requieren acciones específicas y particulares de la persona que se derivan de su condición, como por ejemplo en el embarazo, o que estén asociados a un acontecimiento de la vida como la muerte. Orem clasifica en dos grupos los requisitos del desarrollo, siendo el primero los que apoyan los procesos vitales y que promueven el desarrollo, maduración y previenen efectos negativos en diferentes etapas de la vida del ser humano, como en la vida intrauterina, vida neonatal o parto a término/prematuro, lactancia, infancia, adolescencia, adultez joven, adultez o embarazo.

El segundo grupo son las acciones que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales, como en la privación educacional, problemas de adaptación social, pérdida de familiares y amigos, enfermedad, muerte, cambios en las condiciones de vida y/o posición social y económica y, por último, peligros ambientales (Orem, 1994).

El tercer grupo son los requisitos de autocuidado en desviación de la salud, estos estén asociados a defectos constitucionales, genéticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales con efectos y con medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Estos requisitos de autocuidado fueron validados con éxito por Dorothea Orem ya que proporcionan y ayudan a mejorar la salud y bienestar en los individuos y se convierten en elementos de la cultura general y pertenecen a dominios de los profesionales de la salud. Los requisitos de autocuidado universales o impulsos primarios para Maslow, son comunes a todos los seres humanos y durante todas las etapas de la vida de acuerdo a su edad, estado de desarrollo, factores ambientales y otros; así como también están asociados a condiciones y eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.

Cuando estos tres tipos de requisitos se cubren de forma efectiva dan lugar a condiciones humanas siempre y cuando se cumplan de manera efectiva dan como resultado:

- Apoyan a procesos vitales
- Mantienen las estructuras del funcionamiento humano dentro de los límites normales
- Apoyan el desarrollo de acuerdo con el potencial humano
- Previenen lesiones y estados patológicos
- Regulación y control de los efectos de las lesiones y patologías
- Contribuyen a la curación o regulación de los procesos patológicos
- Promueven el bienestar en general (Orem, 1994).

Cuando las personas comprenden la importancia del autocuidado como parte de su vida buscarán más descripciones y explicaciones. Podemos afirmar que cuando se ha cubierto la necesidad de autocuidado, como lo afirma Orem, se ha logrado una mejor calidad de vida.

Cabe mencionar y hacer la diferencia ya que el agente de autocuidado, define Orem, es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales como bañarse, vestirse, comer, entre otros. Solo en casos de enfermedad se le denomina *agente de cuidado dependiente*, ya que es una persona madura que reconoce los requisitos de autocuidado y busca satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universal, desarrollo o desviación de la salud (Orem, 1994).

Por otra parte considerar la calidad de vida que es el objetivo final del autocuidado, se debe reflexionar desde una perspectiva cultural, ya que es un concepto que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales. A pesar de este interés en la calidad de vida, es importante constatar que no existe una definición acabada de calidad de vida.

Distintos autores utilizan diferentes definiciones implícitas y explícitas. En general se refieren a una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las

interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno (Ardila , 2003).

1.3 Déficit de autocuidado

El término Déficit de Autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado que, como vimos con anterioridad, es la capacidad de realizar acciones para uno mismo y cumplir con las demandas de autocuidado terapéutico, siendo este cuando interviene una persona con conocimientos específicos de salud (p. e.: Enfermera, medico, psicólogo, psiquiatra) de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. Los déficits de autocuidado están asociados no sólo a las limitaciones de los individuos para realizar medidas de cuidados, sino también con la falta de validez o efectividad con que se llevan a cabo (Orem, 1994).

1.4 Calidad de vida

Como hemos mencionado con anterioridad, el concepto de autocuidado abarca muchas dimensiones y diversos factores para que sea satisfactorio, pero sin duda tiene como fin común lograr un buen nivel de calidad de vida, siendo esta la combinación de elementos objetivos y de la evaluación individual de dichos elementos. En este sentido, Ardila separa dos conceptos: el **estilo de vida** sería una dimensión compuesta más por elementos físicos, materiales y sociales y por otra parte la **calidad de vida** sería subjetiva y objetiva; sería una propiedad de la persona más que del ambiente en que se mueve (Ardila , 2003).

El grupo WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life) (1995) establece medidas de calidad de vida en relación de la salud y que deben ser consideradas para su aplicación, como son la subjetividad de la persona involucrada, la multidimensionalidad, considerar diversos aspectos de la vida del individuo, como los niveles físico, emocional, social o interpersonal,

la variabilidad en el tiempo, la edad y la etapa vital que se atraviesa (Perea, 2011).

El término calidad de vida se empezó a utilizar en la década de los años cincuenta del siglo pasado y surgió como una necesidad de valorar, a través de datos objetivos, las secuencias de la industrialización, por lo que se inicia desde las Ciencias Sociales con la finalidad de desarrollar unos indicadores estadísticos para medir el bienestar social (Perea, 2011). El término tuvo su mayor auge en la década de los noventa, dando lugar a una amplia gama de publicaciones y acepciones y aunque en un inicio era el referente en condiciones objetivas de aspectos de carácter económico y social, en la actualidad presenta un carácter multidimensional que comprende todas las áreas de la vida, ya que integra la salud física, el estado psicológico, las relaciones interpersonales, la autonomía, las creencias, los valores y las características propias de cada contexto donde se desarrolla la persona.

La definición más aceptada sobre calidad de vida es formulada por la Organización Mundial de la salud (OMS), que la define como la percepción que el individuo tiene de su lugar en la existencia, con el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (Perea, 2011). Como podemos darnos cuenta, es un concepto amplio ya que se ve influenciado por la salud física y psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con elementos del entorno.

Como hemos visto, la calidad de vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que se defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios; así como el sentido que atribuye a su vida, entre otras cosas. Los modelos sobre necesidades humanas incluyen en su mayoría las siguientes categorías (Angermeyer y Killian, 2000, citado en Perea, 2011):

- Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).

- Necesidades de relación emocional con otras personas.
- Necesidades de aceptación social.
- Necesidades de realización y de sentido.

En resumen, el autocuidado y la calidad de vida se encuentran estrechamente ligadas con las necesidades primarias postuladas por Maslow, es por eso la importancia de incluir el autocuidado desde una perspectiva psicológica, ya que el termino abarca múltiples dimensiones tales como las habilidades para la vida que las personas poseen y desarrollan para preservar su salud y calidad de vida.

Al respecto, la OPS en el año 1993 publicó el documento “Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes”, un programa diseñado para ser incorporado en varios escenarios, incluyendo clínicas de salud, escuelas, hospitales, centros comunitarios y centros juveniles, con el propósito de desarrollar el potencial humano de esa generación y contribuir en forma efectiva a los programas de habilidades en el desarrollo saludable de adolescentes.

El objetivo de esta organización es que los niños y adolescentes adquieran e incrementen sus habilidades socio-cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez y promover la adopción de conductas positivas (Organización Panamericana de la Salud, 2001) (Véase la Tabla 1).

El documento va dirigido a creadores de políticas de gobierno y a los planificadores de programas en los sectores de salud, educación y juventud y a los consultores de OPS y otras agencias involucradas en la salud de niños, adolescentes y adultos, así como planificadores de programas en agencias no gubernamentales que estén interesadas en adoptar este enfoque (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Habilidades para la Vida			
	Habilidades Sociales	Habilidades Cognitivas	Habilidades para el control de las emociones
Habilidades	Comunicación Negociación/ rechazo Habilidades de aserción Interpersonales (para desarrollar relaciones sanas) Cooperación Empatía y toma de perspectivas.	Toma de decisiones/solución de problemas Comprensión de las consecuencias de las acciones Determinación de soluciones alternas para los problemas Pensamiento critico Análisis de la influencia de sus pares de y de los medios de comunicación Análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales Autovaloración y clarificación de valores	Control de estrés Control de sentimientos incluyendo la ira. Habilidades para aumentar el locus de control interno (manejo de sí mismo, monitoreo de sí mismo)

Tabla 1. Habilidades para la Vida propuesta por la Organización Panamericana de la Salud.

Como se mencionó con anterioridad, el autocuidado es una conducta aprendida. Al respecto, Albert Bandura (1977) llegó a la conclusión de que los seres humanos a edades tempranas aprenden a comportarse por medio de la instrucción (padres, familia), lo mismo que por medio de la observación (cómo ven que los adultos se comportan y sus pares). Su conducta se consolida, o es modificada, conforme a las consecuencias que surgen de sus acciones y a las respuestas de los demás a sus conductas (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

También hizo hincapié en que la *autoeficiencia*, definida como la confianza en sus propias habilidades para desempeñar diversas conductas, es importante para aprender y mantener conductas apropiadas como la salud, especialmente en vista de las presiones sociales para desarrollar un comportamiento diferente (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

El aprendizaje dentro de la teoría de Autocuidado como lo describen los autores es fundamental ya que mayoría de los seres humanos tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas, sino también para trasmitirlas a otros desde edades tempranas.

Los conceptos de educación a pacientes, educación para la salud y conductas de salud están asociados en forma estrecha, la educación no es simplemente la repetición de la información o la entrega de material impreso, se trata del dominio, habilidad para transmitir la información, seleccionar la metodología pertinente, evaluar el logro de las metas, especificar el tipo de instrucción y seguir el evolución de la conducta en el paciente (Quintero, 1994).

Para comprender la teoría del autocuidado, debemos de considerar que es una conducta aprendida, instruida por nuestro entorno familiar, social y cultural es por ello la importancia de evaluar las creencias relativas con respecto a la salud donde una persona inicia acciones para evitar enfermedades, defenderse de ellas o controlarlas cuando se percibe susceptible a estas, si cree que puede producirle consecuencias, la creencias específicas de acciones que pueden ser beneficiosas al reducir su susceptibilidad o la severidad de condición y además de considerar la autoeficiencia (Quintero, 1994).

En este sentido, el proceso educativo se convierte en un elemento básico e indispensable para el desarrollo de las potencialidades de las personas en términos de salud, es por esto que los profesionales de la salud deberán considerar los aspectos relacionados con el sistema de valores, la cultura y la motivación que tengan los individuos y las comunidades respecto de la salud (Quintero, 1994).

1.5 Autocuidado en la mujer embarazada

Para poder enlazar la capacidad de autocuidado que la mujer tiene al respecto de la gestación, tendremos que entender la evaluación cognitiva del embarazo. La actitud hacia el embarazo es un resumen de las cogniciones de la mujer adquiridas a lo largo de la vida, la información tanto general como específica obtenida por educación formal, a través del sistema educativo, como por otros canales, que son probablemente más influyentes (Salvatierra, 1989).

Es aquí donde el papel de los padres, el ejemplo de los familiares y coetáneas en sus experiencias de embarazo y parto, los medios de comunicación de masas, con sus informes muchas veces incompletos o parciales, y la tradición oral difusa sobre la que pesan las palabras bíblicas, pueden convertir al embarazo en un acontecimiento estresante (Salvatierra, 1989).

Si consideramos que la cultura se constituye en un sistema de concepciones heredadas y expresadas en forma simbólica, por medio de las cuales hombres y mujeres se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y actitudes frente a la vida (Muñoz, 2006, citado en Ceballos, 2010).

En la comunidad existen tradiciones y costumbres propias que protegen la salud, algunas son provechosas, otras sirven poco y otras probablemente son dañinas. Estas tradiciones representan desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas de hacer, que crean formas de ser enfocadas a asegurar la continuidad de la vida. A medida que se repiten y se asientan, dan lugar a la adhesión del grupo que cree que tal o cual forma de hacer es buena y por lo tanto deseable, o mala y por lo tanto indeseable (González , 2006).

Las creencias generan costumbres que constituyen el elemento que representan la permanencia y estabilidad del grupo y que permiten forjar una identidad gracias a sus formas de actuar, las cuáles determinan formas de centrarse e identificarse (González, 2006). Estas formas de sentir, interpretar y manejar la salud y la enfermedad que tiene la comunidad, integradas por un sustrato particular de conceptos y valores de la sociedad, son usualmente ignoradas dentro del proceso educativo en salud (González, 2006).

Sabemos que desde siglos anteriores se ha tenido el interés de que la mujer tenga ciertas actividades y conductas de autocuidado. Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, en el desarrollo y la supervivencia de una cultura.

Desde un contexto histórico-religioso, la iglesia cristiana describe a la gestación y como se ve condicionada a los mandatos de Dios en el momento que Adán y Eva fueron echados del paraíso por desobedientes y desleales a su Dios. A la mujer dijo “Yo acrecentaré tus trabajos, con dolor parirás tus hijos y estarás sujeta al varón”. Por tal ley no se puede excusar la mujer (de cualquier condición y estado que sea) que no traiga con trabajo a sus hijos y no para con dolor, trabajo y peligro para su vida (Carbón, 1541/1995).

Por otro lado, desde una perspectiva psicológica, la evaluación cognitiva que tenga la mujer sobre la gestación y de sus propias experiencias determinará su actitud ante el embarazo.

En relación a lo anterior, un estudio realizado por Wenderlein 1977, **(Salvatierra, 1989)** a 386 mujeres embarazadas concluyó que el 24% mostraron tener elevada ansiedad, el 42% moderada y el 34% escasa. Esa ansiedad y su estado durante la gestación fueron significativamente mayores en gestantes de bajo nivel intelectual (a juzgar por un test de palabras), con insuficiente escolarización y, en casos de clase social inferior, con ignorancia, prejuicios y falsas expectativas. En los resultados de la investigación, el autor encontró más ansiedad en mujeres cuya primera información sexual fue posterior a los 15 años y cuyas vivencias sexuales iniciales fueron malas, se trataba habitualmente de mujeres con desconocimiento y prejuicios acerca de la planificación familiar.

Una proporción importante eran multíparas con partos anteriores dolorosos. El investigador encontró que la evaluación cognitiva que hacen con respecto al embarazo interviene de forma decisiva en los estilos de afrontamiento y de la apreciación que ellas hacen respecto al estado (Salvatierra, 1989).

Finalmente, llegamos al tema del autocuidado de la mujer embarazada, que constituye una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención; representa la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los grupos sociales respecto de dicho proceso. Además,

representa una actividad constante, aunque intermitente, la cual se desarrolla a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia alternativa o decisiva a las otras formas de atención (Menéndez, 1985, citado en Ceballos, 2010).

En el “Libro del arte de las comadres o madrinas”, escrito en 1541, Carbón escribe una serie de recomendaciones que se deben cumplir para la conservación de la salud de la madre y de la criatura, como los remedios para la corrección de los accidentes que acerca a la preñez, como que el comer y beber han de ser con mucho tiento y medida, evitar las carnes, beber agua hervida, dormir con medida, guardarse del correr, saltar y de movimientos superfluos. Además, la mujer no ha de allegarse con el hombre los primeros tres meses, guardarse de enojos, tristeza y otras pasiones y de demasiado reñir (Carbón, 1541/1995).

Buscando relaciones entre el autocuidado y la cultura se encuentran comportamientos arraigados en creencias y tradiciones culturales, la existencia de paradojas comportamentales y la socialización estereotipada del cuidado con el sexo, lo que hace difícil que las personas puedan reemplazar sus costumbres ancestrales por nuevos conocimientos (Ceballos, 2010).

Es así que la mujer embarazada ha de buscar los remedios caseros necesarios y realizar todas aquellas prácticas de autoatención y cuidados personales, así como las decisiones que otras mujeres toman para cuidarse durante el embarazo.

Por otro lado, la medicina doméstica se refiere a las prácticas en los cuidados y atenciones a través de prácticas caseras para la salud durante el embarazo, así como el control de algunas enfermedades por medio de remedios naturales. Esta forma de cuidado es llevada a cabo por la misma persona o por personas cercanas a la familia y/o comunidad (Ceballos, 2010).

1.6 Actividades de autocuidado

Con respecto a las actividades de autocuidado a realizar por la mujer embarazada y debido a los constantes cambios físicos, psicológicos y sociales

en los que se encuentra, debemos considerar la alimentación y control de la misma, la actividad física, la eliminación de hábitos como el consumo de alcohol, cigarro y drogas, además del conocimiento de los signos de alarma.

Como hemos leído con anterioridad, en el autocuidado de la mujer embarazada intervienen diversos factores para que sea exitoso y de calidad que a continuación se mencionara.

1.6.1 Alimentación

La alimentación resulta un aspecto indispensable para la evaluación clínica y tiene repercusiones importantes en la mujer embarazada y en su bebé. Es fundamental establecer si la madre está en riesgo de sufrir desnutrición o una deficiencia específica de los elementos necesarios para un desarrollo óptimo del embarazo.

La ganancia de peso en un embarazo normal dependerá del estado nutricional de la madre al inicio del embarazo: una mujer de peso normal deberá subir entre 1 y 2 kilogramos en el primer trimestre y posteriormente medio kilo por semana; que equivale a 11 a 12 kilogramos. En mujeres con bajo peso deberá incrementar su peso entre 12 a 18 kilos a lo largo del embarazo; en cambio, una mujer con sobrepeso se recomienda que su incremento sea de 7 a 11 kilogramos y una mujer obesa debe subir sólo 6 kilogramos (Germain & Sanchez, 2004).

Debe considerarse la variación geográfica-étnica, por lo tanto los valores son aproximados, por lo que se debe considerar la realización de estudios con población local para determinar los valores (Maldonado, Saucedo, & Lartigue, 2008).

Aproximadamente el 40% del incremento se atribuye al peso combinado del feto, el líquido amniótico y la placenta, el resto se debe al cuerpo de la mujer y obedece al mayor tamaño del útero, las glándulas mamarias, el mayor volumen sanguíneo, el líquido intersticial y el aumento del tejido graso (Maldonado, Saucedo, & Lartigue, 2008).

La mujer embarazada debe vigilar que al comer ingiera suficientes sustancias nutritivas y se provea de la energía suficiente para el crecimiento de su feto, así como satisfacer sus propias necesidades. Las mujeres embarazadas necesitan componentes proteínicos extras y alimentos ricos en hierro (Germain & Sanchez, 2004).

Solamente las mujeres obesas o con exceso de peso, las mujeres demasiado delgadas y las mujeres con posibilidades de sufrir diabetes deben tomar medidas más estrictas. La importancia de una buena alimentación durante el primer trimestre radica en que el organismo constituye reservas considerables de proteínas de volumen plasmático, mientras en el feto es inapreciable hasta la vigésima semana, después el flujo sanguíneo uterino, el peso de la placenta y del feto aumentan, mientras que las reservas maternas disminuyen (Jacquet & Nobécourt, 1999/2002).

Como se mencionó con anterioridad, es importante que la mujer consuma un aporte extra de calorías. Aproximadamente se deben cubrir alrededor de 300 calorías extras por día, al igual que el consumo de proteínas y vitaminas (grupo B y C) y ácido fólico 140 % (carne, hígado, legumbres y vegetales verdes), ya que previene defectos en el tubo neural. Se recomienda también un consumo extra de 0.4 miligramos de hierro desde la concepción y durante todo el embarazo; ya que previene la anemia en la madre y en el feto (Germain & Sanchez, 2004).

El consumo de vitamina C es necesario para absorber con mayor eficiencia el hierro; se requiere 60%, para la formación de tejidos, proliferación celular y para convertir el ácido fólico en su forma activa y esta vitamina se encuentra principalmente en cítricos y vegetales. Las vitaminas del complejo B se encuentran en grandes cantidades en carne, huevo, leche, cereales, legumbres, frutas y verduras (Germain & Sanchez, 2004).

La alimentación en el embarazo resulta la oportunidad para muchas mujeres de controlar y regular la ingesta de alimentos para un buen desarrollo del mismo; los factores más determinantes son el peso y sus variaciones

desde la pubertad, los hábitos alimentarios y los factores socioeconómicos (Jacquet & Nobécourt, 1999/2002).

Es conocido el hecho de que el peso materno pregestacional y la ganancia ponderal durante el embarazo influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna se relaciona con recién nacidos pequeños y grandes para la edad gestacional, respectivamente (Gallo, 2013).

En mujeres de cualquier estrato socioeconómico pueden surgir problemas relacionados con la nutrición durante el embarazo, entre estos se incluyen la dificultad para adquirir o preparar alimentos en bajo estrato, trastornos de alimentación y pobre ganancia de peso en mujeres con abuso de sustancias y violencia por parte de su pareja o depresión (Gallo, 2013).

En la última década se ha desarrollado una teoría que postula sobre el impacto de las condiciones de vida intrauterina en la aparición de enfermedades en la edad adulta. Esta teoría, que se ha venido conociendo como *Programación Fetal*, es la hipótesis del investigador británico David Barker (1980), quien propone que una agresión in útero sería capaz de producir una programación anormal de diversos sistemas relacionados entre sí que se manifestaría durante la vida del individuo (Moreno & Dalmau, 2001).

El postulado original sostenía que "la nutrición, la salud y el desarrollo deficientes en niñas y mujeres jóvenes constituyen una causa de elevada prevalencia de mortalidad cardiovascular en la generación siguiente" (Moreno & Dalmau, 2001, pag 574).

Posteriormente, el concepto fue ampliado adjudicándose un origen prenatal y se aplicó a otras enfermedades crónicas tales como diabetes, enfermedades pulmonares, alteraciones del desarrollo cognitivo y cáncer en el crecimiento y en la vida adulta, causadas por factores de riesgo exógenos específicos, asociados a determinados estilos de vida (sedentarismo, aumento

en el consumo calórico y de grasas saturadas, tabaquismo) que actúan sobre un individuo genéticamente susceptible (Moreno & Dalmau, 2001).

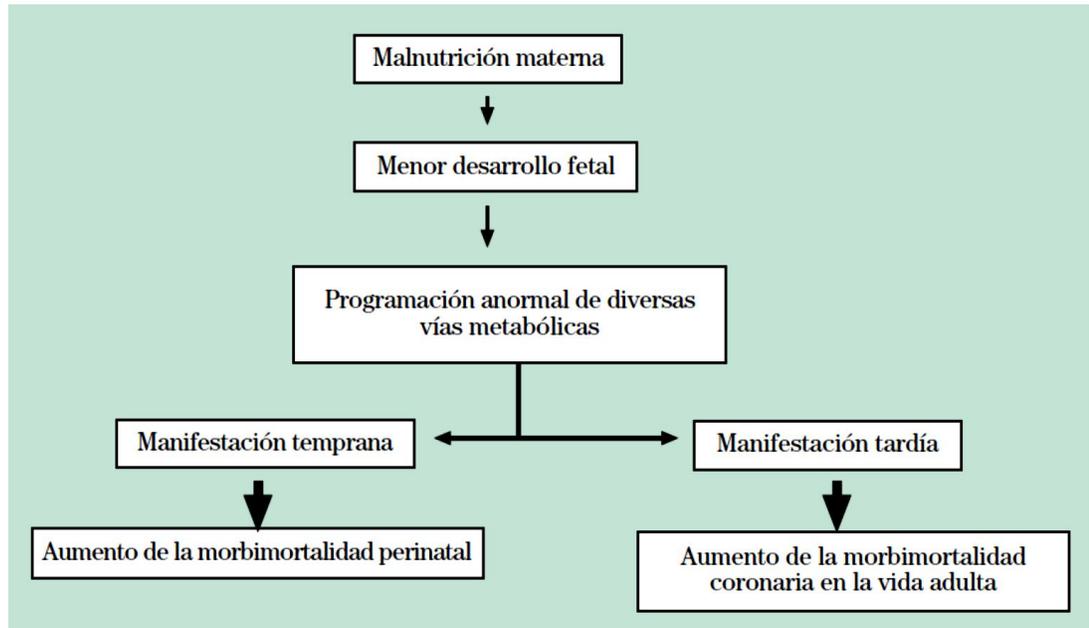


Figura 2: Teoría de la Programación Fetal (Barker, 1980): La mala nutrición durante la gestación produce una agresión *in útero* que altera la nutrición normal y el desarrollo fetal.

Como el curso del embarazo depende de una multitud de factores genéticos y ambientales, resulta evidente que para comprender claramente la influencia del régimen alimenticio sobre el resultado de la gestación, habrá de conocer a fondo la historia de la mujer, considerar que existen madres que pertenecen a diferentes grupos socioeconómicos y que no solo conciernen a la alimentación sino también a la edad, la situación física, la salud, la educación, condiciones de vida, trabajo y calidad de la asistencia médica recibida.

Todas estas patologías advierten de graves consecuencias sobre la esperanza y calidad de vida de los seres humanos, como también mayores costos sanitarios. La importancia de considerar esta situación como una conjunción de factores intervinientes (genéticos, ambientales), desde etapas tempranas del desarrollo, permitirán un abordaje integral del problema.

1.6.2 Actividad Física

La situación de embarazo posiblemente sea la que mayor cantidad de modificaciones de diversa índole provoca en el ser humano; (Ver figura 3) estos cambios cobran importancia debido a que su normal desarrollo no sólo depende del bienestar de la gestante, sino también del armónico curso del embarazo y algo más aun trascendental: la salud fetal (Carreras, Guiralt, Del Pozo y Sostoa, citados en Barakat, 1995).

Aún existe cierta discrepancia dentro de las investigaciones, pero los estudios nos van proporcionando más información día a día acerca de la escasa presencia de riesgos y de los beneficios para la salud materno- fetal cuando el ejercicio materno es de carácter moderado, siempre teniendo en cuenta de que hablamos de gestantes sanas (Gilbert & Harmon, 2003).

El ejercicio en el embarazo es una buena manera de relajación y de mantener un buen tono muscular, indispensable para el parto y la recuperación en el posparto. Diversas investigaciones indican que realizar ejercicios de forma regular, puede reducir el riesgo de diabetes gestacional, especialmente en personas con sobrepeso (Germain & Sanchez, 2004).

Entre los ejercicios más recomendados en la literatura está la natación por ser uno de los ejercicios más completos, ya que es un ejercicio de bajo impacto, tonifica la musculatura y en especial los grupos musculares de la espalda y el piso perineal; además, gracias al agua que sostiene el peso, evita el rebote y daño en las articulaciones, ayuda al aparato cardiovascular y la redistribución de los líquidos acumulados (Gallo, 2013).

La caminata, el yoga y los *pilates* también son actividades recomendadas. Estos ejercicios debe realizarse durante 30 minutos al día y

con una frecuencia de al menos tres veces por semana y no de forma esporádica (Germain & Sanchez, 2004).

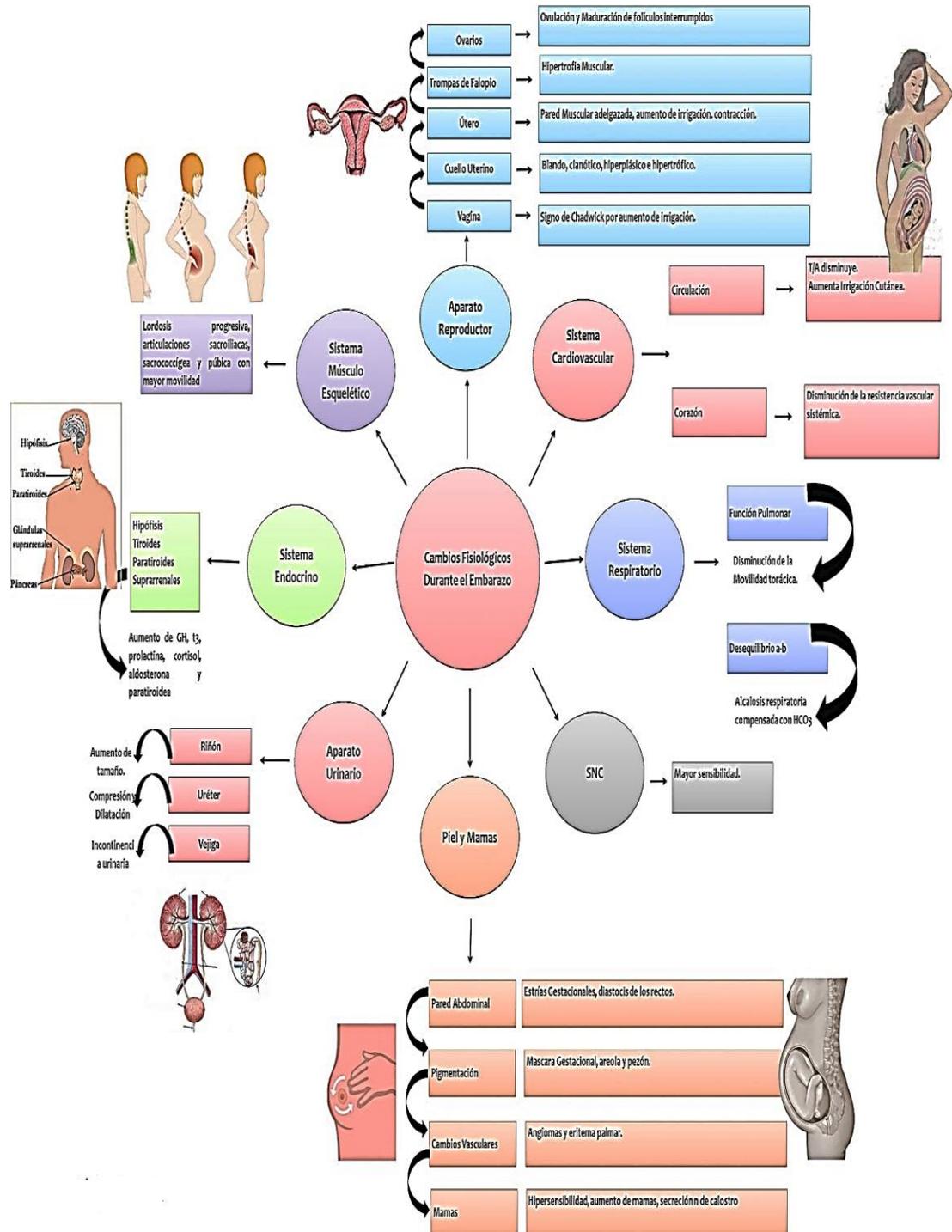


Figura 3. Cambios físicos observados en la mujer embarazada

Los únicos casos en los cuáles está contraindicado el ejercicio es en los embarazos con síntomas de parto prematuro, incompetencia cervical, sangrado vaginal, placenta previa, restricción en el crecimiento fetal, aumento de la presión arterial, historia de parto prematuro o aborto recurrente, enfermedad cardíaca o pulmonar significativa, hipertiroidismo o epilepsia mal controlada (Germain & Sanchez, 2004).

1.6.3 Aseo Personal

Complementando hábitos propios del periodo gestante, durante el embarazo el aseo genital se debe realizar solo con agua, y/o con jabones a base de glicerinas, realizar la actividad de autocuidado por lo menos una vez al día y utilizar cremas humectantes en pechos, piernas y abdomen (Germain & Sanchez, 2004)

Con respecto a la vestimenta, debe ser cómoda, holgada y ligera, no debe de comprimir el cuerpo y utilizar ropa interior de algodón, se recomienda el uso de medias de presión de várices y evitar el uso de zapatos con tacón alto y con correas (Germain & Sanchez, 2004).

1.6.4 Descanso

El embarazo es un estado físico de especial transformación del cuerpo cuya duración es limitada, al igual que el crecimiento en el niño. El aumento del riesgo sanguíneo, del ritmo cardíaco, el aumento del trabajo en los riñones, el mayor consumo de oxígeno; utilizan las reservas del organismo y la necesidad de sueño es mayor (Jacquet & Nobecourt, 1999,2002)

La fatiga y sueño se presenta al principio del embarazo, usualmente los tres primeros meses, se recomienda hacer siestas y dormir por lo menos ocho horas diarias durante todo el embarazo.

En el embarazo es común diversos síntomas como los calambres, dolor de cabeza, varices, retención de líquidos, todos estos se producen por los procesos físicos la mayoría no tienen ninguna complicación si se tienen los cuidados necesarios y el descanso suficiente.

La retención de líquidos se presenta en los últimos tres meses, es frecuente que se presente en manos, piernas, tobillos y pies especialmente por la tarde, si es este síntoma es brusco o exagerado se debe consultar al médico, en situaciones normales se debe descansar con las piernas elevadas y no utilizar zapatos altos, y ropa ajustada (Germain & Sanchez, 2004).

También son comunes los dolores de espalda por el efecto del crecimiento uterino, el centro de gravedad de cuerpo de la mujer cambia, haciendo que se adopte una posición recta al caminar esto provoca en la curvatura normal de la espalda y a veces, cierto dolor en la zona baja de la espalda (Germain & Sanchez, 2004).

Se recomienda no hacer esfuerzo físico desproporcionado y realizar ejercicio para que se fortalezcan los músculos dorsales y lumbares, realizar ejercicios de relajación, masajes en la zona lumbar y evitar permanecer de pie mucho tiempo (Jacquet & Nobécourt, 1999,2002).

Con respecto a las varices el producto del aumento del volumen del útero, se ejerce una presión en el abdomen, lo que dificulta el retorno de la sangre desde las extremidades inferiores. Se recomienda no permanecer por un tiempo prolongado en una misma posición, caminar cada cierto tiempo, estimular la circulación sanguínea y elevar las piernas (Germain & Sanchez, 2004).

Como hemos resumido todas estas actividades de autocuidado son indispensables para las mujeres embarazadas y el buen desarrollo del embarazo, ausencia de estos cuidados pueden desencadenar trastornos en el embarazo y poner en riesgo la vida de la madre y del bebé.

1.7 Atención Prenatal

En la gran mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y del feto que si no se detectan y no se tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida tanto de la madre como del hijo(a).

La atención prenatal concierne tanto a la embarazada como al niño y la familia. Responde a la necesidad de garantizar la salud de la embarazada antes, durante y luego del parto. Asimismo, los objetivos de este control invocan la necesidad de establecer un marco de referencia en el que se estimule la autoestima de la mujer, así como los autocuidados (Sebastiani y Raffo, 2004).

Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su remisión, de ser necesario, a servicios de salud especializados y la detección y tratamiento oportunos de los problemas que así lo requiera. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (Consejo Nacional de Población, 2011).

La atención prenatal contribuye a que las mujeres puedan cursar embarazos y partos seguros. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas de control que se realicen durante el embarazo y la calidad de dicha atención.

El trimestre en el que se inicia la atención prenatal es un indicador útil, ya que permite medir la oportunidad de la atención para detectar y controlar los principales riesgos y daños a la salud materna e infantil (Consejo Nacional de Población, 2011).

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (**NOM-007-SSA2-1993**), en la cual participaron para la elaboración diversas instituciones del Sector Salud, hace las siguientes consideraciones durante la gestación:

- En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, debe vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración. Es importante promocionar el uso de ácido fólico, desde 3 meses previos del periodo preconcepcional y durante toda la evolución del embarazo.
- La atención a la mujer y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio, debe ser impartida con calidad y calidez. Un elemento importante es humanizar el embarazo y parto y facilitar el apoyo psicológico y afectivo durante su evolución a todas las mujeres (Diario Oficial de la Federación, 1995).

1.8 Actividades a realizar durante la atención prenatal

En la primera visita

- Elaboración y registro de historia clínica
- Exploración física completa incluyendo somatometría, fondo uterino, documentación de la frecuencia cardiaca fetal en su caso, y toma de citología cérvico-vaginal.
- Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, de manera idónea, desde el periodo preconcepcional hasta el término del embarazo y administración de primera dosis de toxoide antitetánico, la segunda y última dosis a las cuatro u ocho semanas posteriores.
- Medicamentos pertinentes en su caso.
- Solicitud de exámenes de laboratorio: Biometría hemática completa, Grupo sanguíneo y factor Rh. En paciente con Rh negativo: Glucosa en ayuno y a la hora, Creatinina, Ácido úrico, examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta

prenatal e iniciar tratamiento antibacteriano en caso de bacteriuria. Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita. Prueba de tamizaje para VIH previa orientación y aceptación por la paciente, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana en la materia. En todas las instituciones médicas del Sistema Nacional de Salud la detección de VIH y Sífilis debe ser ofertada integralmente, es importante que el personal de salud, oferte ambas pruebas a todas las pacientes, la detección de sífilis debe ser universal en la embarazada en las primeras 12 semanas y realizar la prueba de tamizaje del VIH a través de consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. Solicitud de exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

- La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ª consulta: En el transcurso de las primeras 12 semanas

2ª consulta: Entre 22 - 24 semanas

3ª consulta: Entre 27 - 29 semanas

4ª consulta: Entre 33 - 35 semanas

5ª consulta: Entre 38 – 40 semanas

Consultas subsecuentes

- Permitir a la embarazada aclarar todas las dudas, exponer sus síntomas.
- Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.

- Identificar signos de emergencia obstétrica.
- Medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal, ultrasonido y registro cardiotocográfico, cuando sea necesario.
- Interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa.
- En caso de cualquier anomalía en los estudios, se deberá trasladar a la paciente al servicio de atención obstétrica de emergencia para que reciba consulta por médico especialista de forma inmediata.
- A todas las embarazadas se les debe realizar la prueba de detección para diabetes gestacional, y VIH conforme a la Norma Oficial Mexicana (Diario Oficial de la Federación, 1995).

La atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo se incrementó de 81.4 a 89.9 % en el Distrito Federal entre 1997 y 2009, niveles que son mayores a los del país, de 74.5 y 86.2 %, respectivamente. Dicho aumento se registró en todos los subgrupos de población, determinados por la edad de la madre al nacimiento del hijo y el nivel de escolaridad. Esta transición ha hecho que la mayoría de los grupos presente actualmente niveles de atención prenatal de forma oportuna (Véase Figura 4). (Consejo Nacional de Población, 2011).

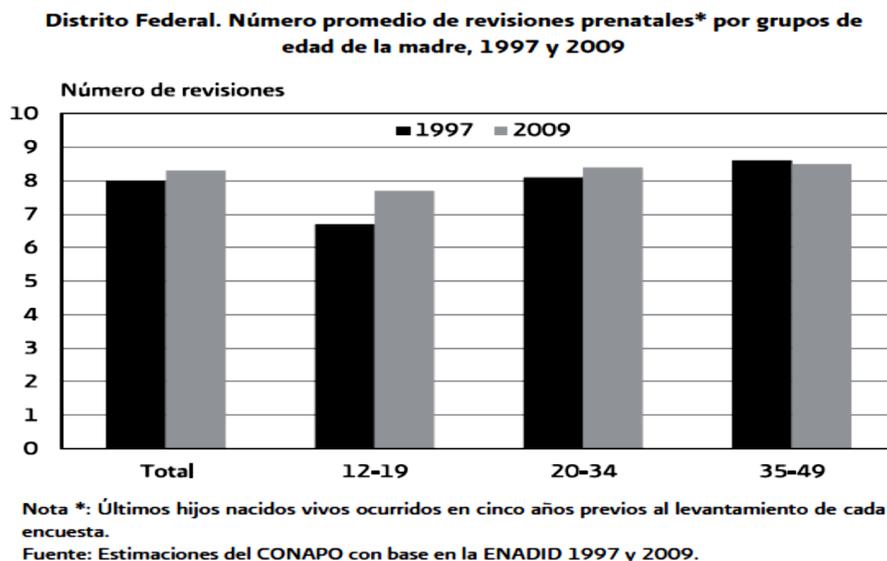


Figura 4: Promedio de revisiones prenatales por grupos de edad (CONAPO, 2011)

1.8.1 Principales factores de riesgo en la gestación

El control prenatal indudablemente es la herramienta más idónea para detectar las complicaciones que puedan aparecer durante el embarazo o bien, como sucede la mayoría de las veces, para confirmar que la gestación transita por los caminos de la normalidad.

En la actualidad la tecnología moderna permite monitorear de manera bastante precisa tanto en la salud de la madre como la de su hijo durante todo el embarazo e incluso pronosticar con algún grado de certeza, además de brindar educación a la mujer embarazada de los signos de alarma (Germain & Sanchez, 2004)

Implementar la asistencia psicológica, que sería útil para las embarazadas que lo requieran, sino también para que el equipo perinatal pueda manejarse frente a los frecuentes diagnósticos de malformaciones fetales, diagnóstico prenatal o embarazos de alto riesgo, y además para reflexionar sobre las modalidades de relación que se establecen entre médicos y embarazadas y su grupo familiar (Sebastiani & Raffo, 2004).

A continuación se presenta la (Tabla 2) con los factores de riesgo que se tendrá que considerar por las instituciones y el personal de salud en el

momento en que la mujer acuda a su control prenatal y derivar a la atención especializada si fuese necesario.

A lo largo del capítulo hemos revisado la importancia del autocuidado en la gestación por un lado la importancia de las revisiones periódicas con el médico para la prevención de enfermedades y desenlaces adversos y por otro lado la importancia del autocuidado de las propias mujeres embarazadas, la comprensión de los cambios físicos que observaran a lo largo de la gestación.

Factores de riesgo en la gestación

<p>1- Características individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad menor de 16 años o mayor de 35 años. - Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés. - Desocupación personal o familiar. - Baja escolaridad. - Malnutrición (índice de masa corporal > 30 o < 18). - Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general. - Violencia doméstica. - Múltiples compañeros sexuales. - Vivienda y condiciones sanitarias deficientes. - Valoración de las condiciones psicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado o programado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 grs o mayor de 4.000 grs, retardo de crecimiento intrauterino, eritroblastosis fetal, niño malformado o cromosómicamente anormal, reanimación u otro tratamiento neonatal. - Antecedentes de infertilidad. - Cirugía ginecológica previa.
<p>2- Historia reproductiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuliparidad o multiparidad (más de 4 partos). - Intervalo intergenésico menor de 2 años o mayor o igual a 5 años. - Complicaciones obstétricas previas: aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, preeclampsia o eclampsia, trombosis-embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia posparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar. 	<p>3- Desviaciones obstétricas en el embarazo actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico. - Ganancia de peso inadecuado. - Hemorragia vaginal. - Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada. - Ruptura prematura de membranas. - Infección urinaria recurrente. - Complicaciones obstétricas y perinatales descritas en el numeral 2, aplicables al embarazo actual.
	<p>4- Enfermedades clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías (diabetes mellitas, hipotiroidismo), hepatopatías, hipertensión arterial crónica, epilepsia, enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria recurrente), enfermedades autoinmunes, trastornos psiquiátricos, ginecopatías (anomalías uterinas), anemia severa (hemoglobina < 9 g/dl) y otras. - Uso actual de medicamentos.

Tabla 2: Principales Factores de Riesgo (Gonzalez, Reyes, & Garcia)

Capítulo 2 La experiencia del embarazo.

2.1 Afrontamiento del Embarazo

El embarazo es un evento determinante en la vida de una mujer, y como tal, implica la aparición de cambios fisiológicos, químicos y psicosociales, que exigen el desarrollo de mecanismos de afrontamiento que favorezcan el proceso de adaptación psicológica.

Estos mecanismos de afrontamiento se ven influenciados por elementos preexistentes como por los que se desarrollan en el transcurso del mismo, ya que sea porque se originan como efectos directos de la gestación o como consecuencia de situaciones afines sociales o personales. Entre estos se encuentran las creencias, deseos, cultura; eventos obstétricos y desenlaces perinatales previos, concepto médico del embarazo actual, circunstancias familiares y situación económica.

Gómez y Arrivillaga mencionan que el bienestar de salud y emocional de la mujer embarazada se puede detallar a través de los mecanismos: la ansiedad de nacimiento, la calidad de la adaptación psicosocial al embarazo y la percepción de autoeficacia en el afrontamiento al trabajo de parto (Citado en Gallo, 2013).

2.1.1 Ansiedad de nacimiento

Contempla todos los aspectos relacionados con el embarazo, trabajo de parto y el parto que provocan ansiedad en la mujer embarazada.

La ansiedad se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, preocupación y descarga de adrenalina; durante la gestación, el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo (Salvatierra, 1989).

Los estudios más recientes revelan que las modificaciones psicológicas de la gestación se han concentrado sobre el primer embarazo, como aquel que plantea el cambio y tarea de adaptación más profunda.

1-. El primer embarazo, que tiene el carácter de un evento único, al que se enfrenta la mujer sin experiencia personal alguna.

2-. El segundo y tercer embarazo, que habitualmente representan una sobrecarga biológica y social, moderada.

3-. Desde el cuarto embarazo en adelante: la multiparidad elevada, que conlleva una sobrecarga severa (Salvatierra, 1989).

Es importante recordar que en la cultura de Occidente la feminidad biológica tiene componentes molestos, sangrientos y dolorosos, pero además que los miedos realistas y que la tradición popular trasmite ideas aterradoras.

Al respecto Molinski (1986) afirma que el estrés y la ansiedad es evidente del presagio del parto inminente y otros sucesos que son predecibles pero cuyo resultado no es seguro en consecuencia el proceso de parto a través de un miedo existencial, está cargado a menudo de temor a la muerte y al destino (Citado en Salvatierra, 1989).

Un famoso estudio realizado por Henriette Klein y colaboradores en 1950 a 27 mujeres primigestas que pertenecían a un bajo nivel social, con problemas económicos y de vivienda derivados de la Segunda Guerra Mundial, reveló una serie de temores que los autores relacionaron con ansiedad y que se dividieron en dos grupos (Langer, 1994).

1-. Temor por ella misma. Incluían preocupaciones por la salud y las complicaciones durante el embarazo y parto, miedo al dolor y a la muerte. Se añaden, además, preocupaciones económicas, de vivienda y hospitalarias.

2-. Temor por el hijo. Incluían el miedo al aborto, malformación congénita, al agravio por los movimientos, trabajos y esfuerzos maternos, muerte intrauterina, preocupación por embarazos gemelar o múltiple y normalidad mental del niño (Salvatierra, 1989).

Aunado a lo anterior encontraron que casi ninguna contaba con un hogar propio y cierta seguridad económica para ella y su futuro hijo, sin

embargo, los autores describen que aún en este ambiente había mujeres que aceptaban y toleraban bien el embarazo, a ellas las denominan como personalidades más maduras y destacan que provenían de hogares pobres, pero efectivamente bien estabilizados. En la mayoría de estas mujeres embarazadas, la precaria vida que llevaron en la infancia ya había trastornado la seguridad afectiva de la cual tanto necesita el niño por nacer (Langer, 1994).

Al respecto Margaret Mead expone durante su observación que las mujeres criadas en un ambiente y por madres que describían la experiencia del parto como muy angustioso y lleno de dolor, solían tener partos difíciles mientras que la mujeres que daban a luz con facilidad tras haberse educado en un ambiente de enfoque opuesto (Langer, 1994).

2.1.2 Adaptación psicosocial al embarazo

Son los mecanismos de afrontamiento para adaptarse al cambio de estilo de vida entre ser una mujer sin hijos para ser madre o aquellas que ya tienen hijos, siendo el bienestar psicológico y los sentimientos generados hacia el hijo durante la espera los predictores de su adaptación al rol materno.

Desde la perspectiva psíquica, el embarazo es caracterizado por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido (Olza, Marin, Gil, citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Monique Bydlowski (1996), psiquiatra francesa que pasó más de treinta años trabajando con embarazadas y puérperas, acuñó el término **“trasparencia psíquica”** para describir un estado psíquico que se desarrolla gradualmente para alcanzar un nivel de sensibilidad creciente durante el embarazo y especialmente al final. Según la autora, es un estado psíquico caracterizado por un resurgir de recuerdos del pasado, que afloran del inconsciente a la conciencia (citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Este intervalo psíquico permitirá que la embarazada pueda pasar mucho tiempo fantaseando y recordando su propia niñez; si la infancia fue grata este recuerdo le permitirá imaginarse cómo será la infancia de ese bebe en camino. Por lo contrario, señala Bydlowski, si fue traumática, marcada por abusos o abandono emocional, puede incluso llevar a pedir una interrupción del embarazo o manifestarse por una angustia o depresión significativa (citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Esta misma idea la afirma en sus primeros escritos Helene Deutsch (1951), quien fue discípula de Freud, al referirse a que la mujer repite durante el embarazo y parto su propia relación primitiva con su propia madre, es decir, lo interpreta como una doble identificación, la mujer se identifica con el feto, reviviendo así su propia vida intrauterina (Langer, 1994).

Por lo tanto la transparencia psíquica en el embarazo conlleva a una reactivación de procesos psicológicos anteriores no resueltos y puede llevar a una reagudización de duelos anteriores pendientes. También existe la posibilidad de que durante el embarazo se resuelvan identificaciones y conflictos no resueltos y la posibilidad de encontrar soluciones más adaptativas mediante una nueva organización de la personalidad (Olza, Marín & Gil, citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011)

Las investigaciones psicoanalíticas sobre cómo la mujer se imagina a sí misma, a su feto y a su madre durante el embarazo evoluciona de manera que refleja su historia relacional y los conflictos asociados. Si existe una dificultad materna para elaborar una representación organizada de la función parental durante el embarazo predice y pronostica situación de riesgo perinatal por la ausencia de un modelo maternal con que la mujer se pueda identificar (Olza, Marín & Gil, citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Klaus en 1982 señala que el vínculo se empieza a formar en el embarazo y se ve afectado por factores interpersonales y ambientales como son la calidad de la relación de pareja, el apoyo social, la presencia de

estresores, la dinámica intrapsíquica sobre cómo se concibe él bebe y sobre todo, la manera en que la madre fue criada por sus propios padres (citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Es así que la transparencia psíquica puede suponer que el embarazo sea un momento favorecido para resolver conflictos psíquicos y la oportunidad de que, por medio de la psicoterapia, la mujer pueda comprender y asumir la propia historia previa, incrementar la conciencia y la empatía con el futuro hijo. Por lo tanto, sostener a la futura madre será trabajo no solamente de los familiares y el padre, sino también de los profesionales de la salud. Si la embarazada tuvo una infancia traumática y dolorosa, es probable que durante el embarazo no pueda imaginar a su bebé o incluso viva el embarazo con intensa angustia, incluso manifestar síntomas somáticos.

Varios autores como Cramer (1993), Lebovici (1989) o Palacio-Espasa también han hablado de una interacción con el/la hijo/a imaginado en el mundo mental de la madre (interacción fantasmática) que acompaña de interacciones reales con su bebe. Este fenómeno puede facilitar y permeabilizar la relación, proveyendo un modelo interno de disponibilidad y empatía, pero también puede interferir en la relación y parasitaria con relaciones, duelos y conflictos no resueltos (citados en Defey,2014).

Estas representaciones mentales maternas asignan desde la gestación un lugar al hijo esperado en el espacio psíquico de la madre, por lo tanto repercutirán en el espacio real del mundo vincular dentro de la familia (Defey,2014).

La **representación idealizada** es permanente, constituye o funciona como un escudo de protección frente a las angustias, molestias y desasosiegos en esta se percibe al feto como parte del propio cuerpo más que como un ser autónomo u otra persona, este estado hace que resulte aceptable para muchas mujeres la idea del aborto en el primer trimestre; condenable y/o repugnante la idea de una interrupción posterior a esa fecha existe una

secuencia temporal como indicador de evolución normal del embarazo (Defey, 2014).

La segunda **representación de autonomía**, en donde existe la aparición de los primeros movimientos fetales y se percibe al bebe como un ser con necesidades propias que el adulto debe prepararse a satisfacer, se prologaran a medida que avance el embarazo y será la responsable de la construcción del verdadero indicador de un buen pronóstico de la relación temprana (Defey, 2014).

Conforme transcurre el embarazo, aparecen las **representaciones vinculares**, en las cuales la madre, y en ocasiones el padre, comienza a imaginar al hijo/a en relación con otras personas como los abuelos, tíos y demás familia. Esta representación ayudará a la madre a pensarse a sí misma compartiendo a su hijo/a con otras figuras significativas, esto rescata al bebe de una relación demasiado simbiótica con ella y lo integra a un mundo compartido.

Por ultimo existen dos representaciones que persisten a lo largo del embarazo y tienen efectos protectores, como la del **bebe idealizado**, perfecto, muchas veces coincidente con los ideales culturales (ojos, cabello, color de piel). Esta representación compensa muchas aflicciones del embarazo y su cuidado, pero una visión demasiado idealizada y alejada de la realidad puede favorecer desencuentros y frustraciones. Y la representaciones que han llamado **representaciones múltiples y fugaces, las cuáles** hacen pasar por la mente de la madre diferentes imágenes a manera de un caleidoscopio (niña/varón, corpulento/delgado, sano/ enfermo, etc.) que la preparan para el/la hijo/a que le toque tener. También la preparan para la eventualidad de perderlo o que nazca con problemas de salud o malformaciones, pues le ha dado un cierto capital de “horas de vuelo” mentales posicionándose en esa situación (Defey, 2014).

Otra teoría muy importante a considerar es la del apego inicialmente desarrollada por John Bowlby (1969) se ha convertido en un modelo teórico

más aceptado en el desarrollo emocional y social del ser humano. Bowlby describió el vínculo como un instinto biológico de máxima importancia y afirmó: “Consideramos esencial para la salud mental, que el bebé y el niño pequeño experimenten una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011, pag 14). Es decir, la relación cálida e íntima que se establece entre la madre y su bebe cumple la función biológica de promover la protección, la supervivencia y en última instancia la replicación.

A diferencia de Freud que decía que el apego es secundario con respecto a las gratificaciones oral y libidinal, Bowlby lo considera primario dado que este inicia cuando la madre empieza a sentir que esté se mueve, su cuerpo empieza a cambiar de forma y el útero crece. Su interés suele enfocarse en el feto y su bienestar es en este momento cuando se establece una relación con él, aunque existen factores donde el vínculo no llega a establecerse como en las relaciones familiares tensas (Repertur & Quezada , 2005).

Las investigaciones de Bowlby históricamente se desarrollaron fuera de la tradición psicoanalítica y se basó en conceptos de la teoría de la evolución, de la etología, teoría del control y de la psicología cognitiva (Repertur & Quezada, 2005).

2.1.3 Neuro-hormonas cerebrales en el embarazo

En la actualidad se sabe que la neurobiología del apego tiene una relación directa con la teoría con el desarrollo neuronal del lactante y con los cambios en sistemas neuroendocrinos de la madre, los cuáles le permiten finalmente que se inicie el vínculo entre ambos. Las alteraciones de este proceso generan alteraciones neuroanatómicas que predisponen a diferentes patologías mentales (Vargas-Rueda y Chaskel, 2007 citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Ibone Olza, psiquiatra infantil española, con base en su experiencia profesional con mujeres embarazadas y niños, propone que conforme avanza

la gestación el cerebro materno se va transformando para disponerse al drástico cambio de conducta que conlleva cuidar a un recién nacido. La culminación de los cambios que sufren los circuitos neuronales maternos al final de la gestación (controlados por las hormonas del embarazo, como por ejemplo la progesterona), se traduce en que las mujeres sanas cuidan, protegen y defienden a sus hijos, además de proporcionar cuidados que para ambos son placenteros y satisfactorios. Esto sienta las bases para el establecimiento de una relación amorosa (citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Durante el embarazo se crean nuevas neuronas en algunas áreas específicas del cerebro, como en el hipocampo o el bulbo olfatorio, que facilitarán la conducta materna tras el parto. También han sido observadas estas conductas en otras clases de mamíferos biparentales, todos estos cambios que ocurren en el embarazo tendrán como destino final la producción en la madre de una gran sensibilidad para satisfacer las demandas de un recién nacido; al final del embarazo el cerebro materno está influenciado por las siguientes hormonas (Olza, Marin & Gil, citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Prolactina: En el embarazo se eleva unas quince veces de su estado normal, su trabajo principal es preparar el alveolo mamario para la producción de la leche. También genera un aumento temporal del apetito para proveer de nutrientes al feto y energía extra para la madre, así como para su almacenamiento en forma de grasa para la lactancia; además, actúa reduciendo la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis adrenal (HAA) al estrés, estimulando la neurogénesis, inhibiendo la ovulación e interviniendo en el desarrollo y mantenimiento de la conducta maternal

La hormona Oxitocina también conocida como la hormona del amor, hace que la madre sienta enamoramiento de su bebé que facilitará cuidarle los primeros años de vida, y en el cerebro del bebé hace que ese amor sea recíproco

La vasoprina que es una hormona muy relacionada con la oxitocina, también está en juego y al parecer intervine igualmente en el desarrollo del vínculo que marcará las futuras relaciones sociales e incluso sexuales. Otras sustancias como las endorfinas que también se producen durante el trabajo de parto van hacer que ese primer encuentro sea placentero para ambos y que exista un buen vínculo.

Sabemos ahora gracias a las investigaciones que se han venido desarrollando en las dos últimas décadas los mecanismos químicos, neurológicos y hormonales que facilitan el vínculo con el bebé y su madre después del parto o incluso desde antes, conocemos ahora que los bebés reconocen a su madre desde el momento del nacimiento gracias al olfato y la importancia de no lavarles nada ya que la reconoce por el olor del líquido amniótico y que prefieren escuchar su voz a cualquier otro sonido (Olza,Marín &Gil, citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Cuando nacen vaginalmente, los bebés están en un estado de alerta y esperan ser dejados sobre el vientre de su madre piel con piel. Desde ese momento saben perfectamente cómo llegar hasta su pecho y como iniciar la lactancia en las dos primeras horas de vida.

Por otra parte también las investigaciones han demostrado que alterar el equilibrio hormonal de la madre mediante sustancias como la oxitocina sintética en el parto o del bebé mediante la separación puede alterar de por vida el desarrollo cerebral del bebé. Al ser separado de su madre supone un estrés enorme hace lo posible por reunirse con ella mediante el llanto si no lo consigue pasa a un estado de ahorro de energía ya que su cerebro siente que su vida corre peligro: al llorar produce niveles altos de cortisol que pueden ser dañinos para su propio cerebro (Olza, Marín &Gil, citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

La autora Ibone Olza concluye en bases a las evidencias revelan que separar a los bebés de sus madres tras el nacimiento es una práctica dañina y estresante tanto para los bebés como para las madres, ya que puede dejar

secuelas y afectar al neurodesarrollo infantil y al vínculo del que va a depender en buena parte la salud mental del niño y solo en situaciones de grave y urgente riesgo se puede justificar la separación del binomio (Olza, Marin & Gil, citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

2.1.4 Percepción de autoeficacia en el afrontamiento al trabajo de parto

Se puede entender la autoeficacia como el proceso cognitivo mediante el cual una persona puede alcanzar exitosamente un resultado deseado. En el contexto, la autoeficacia determina la calidad del afrontamiento al trabajo de parto y se asocia con la intensidad de percepción del dolor durante el mismo y el desarrollo de trastorno de estrés post-traumático (Gallo, 2013).

Con respecto a la percepción del dolor en el parto, el capítulo anterior mencionábamos la maldición bíblica, hecha por Dios hombre a la mujer: “parirás con dolor y a la condena cuando dice “Multiplicaré tus dolores y preñeces”, es entonces que la mujer ha vivido a lo largo de siglos sometida a este primer intento masculino de toma de poder de la humanidad y a una injusta ideología.

Videla (1994) comenta los temores que posee la embarazada y también su marido. Estos son de dos clases: uno, los comunes que subyacen casi la mayoría, y dos, los personales y específicos de cada uno según la situación personal vital que los justifica.

Si hablamos desde una perspectiva psicoanalítica, Videla explica que la mujer teme fundamentalmente al dolor del desprendimiento del hijo, a la separación de éste con quien vivió simbióticamente nueve meses y que es necesario ayudarla a concientizarlo. Pero también teme al acecho de las creencias: “debe doler”, “se debe de sufrir”, “parir es un castigo si se hace con placer” y “el placer está prohibido” (Videla, 1994).

Margaret Mead propone que dar a luz está considerado en cada cultura en forma distinta, como experiencia que puede ser peligrosa o dolorosa, interesante y satisfactoria o importante, pero acompañada de ciertos riesgos. Sostiene que la percepción del dolor en el parto es proveniente del enfoque

frente al parto, gran parte de las actitudes deben considerarse como algo adquirido, y tomando en cuenta nuestros conocimientos actuales (Langer, 1994).

Los factores predisponentes para desarrollar estas percepciones son: edad materna joven, bajo estado socio-económico, bajo nivel educativo, antecedentes de problemas psicológicos o problemas psicológicos en el embarazo actual (depresión), baja autoestima, susceptibilidad a la ansiedad, pobre red de apoyo, estresores psicosociales múltiples, antecedente de cesárea, antecedente de desenlace perinatal adverso y frustración con el parto vaginal anterior (Gallo, 2013).

2.2 Factores de riesgo Psicosocial

La presencia de factores de riesgo psicosociales en el embarazo es frecuente, existen numerosos determinantes de eventos y todos se relacionan directamente o indirectamente y, en su caso, con desenlaces perinatales adversos. Debido a que los factores de riesgo psicosocial son en su mayoría eventos que pueden llegar a sobrepasar los mecanismos de afrontamiento de la mujer embarazada, el estrés psicosocial es una consecuencia directa de los mismos.

La vulnerabilidad al estrés durante al embarazo varía según el origen y momento de ocurrencia en la gestación, percepción individual de suceso estresante y también de la presencia de otros factores de riesgo. Tienen mayor impacto y efecto en el primer trimestre del embarazo sobre los desenlaces perinatales más que el número de eventos estresantes, es decir tiene mayor importancia que tan negativos fueron percibidos por la mujer que el evento mismo que la constancia de este evento. (Gallo, 2013).

Gómez y Arrivillaga comentan que existe evidencia que sugiere la aparición de estresores psicosociales en el embarazo antes de la concepción; es decir, la base de esta hipótesis se basa en la **carga alostática**, que es una medida de los efectos de la exposición a estresores durante la vida. La situación económica, la exposición a violencia, los comportamientos de la

salud negativos y el apoyo social deficiente son factores que contribuyen y generan desenlaces desfavorables (en Gallo, 2013).

El concepto **carga alostática** fue introducido en 1993 por Bruce S. McEwen y Eliot Stellar como un modo de visualizar los factores que influyen en la forma en que un individuo interpreta y responde al estrés, entonces la carga alostática se refiere al impacto físico acumulado de esa adaptación, desarrollando tanto patologías orgánicas como psíquicas (Cooney, 2011).

Cooney explica que la exposición al estrés tóxico, cuando es prolongado, severo o frecuente, provoca daños irreversibles. Un ejemplo en los niños puede consistir en abuso físico o emocional, abandono crónico, abuso de sustancias o enfermedad mental de las personas encargadas de su cuidado o exposición a la violencia que suscita el estrés. Cuando este se prolonga demasiado, un flujo hormonal ininterrumpido puede "reprogramar" el sistema inmune de modo que permanezca acelerado o bien se suprima, es decir, que no se encuentre ya en las condiciones óptimas de equilibrio que promueven la buena salud.

Por ejemplo, la capacidad del sistema inmune humano de ser estabilizado por el cortisol puede dejar de funcionar y pueden incrementarse la producción de citoquinas y la movilización de las células inflamatorias, lo que podría contribuir a generar problemas tales como obesidad, cáncer y enfermedad coronaria (Cooney, 2011).

Al respecto, Ibone Olza describe en su artículo "La Teoría de la Programación Fetal y el efecto de la ansiedad Materna durante el Embarazo en el Neurodesarrollo Infantil" (2006) que desde la antigüedad se ha pensado que el estado emocional de la mujer embarazada podía afectar al feto, pero recientemente se han realizado estudios amplios para contrastar esta hipótesis.

La hipótesis de que la ansiedad o estrés materno durante el embarazo afecta el neurodesarrollo del bebé y los hallazgos empíricos han producido un cambio significativo en la psiquiatría perinatal, ya que por muchos años se ha

prestado atención al impacto de la depresión posparto en el desarrollo del bebé, pero ahora se ha visto que el efecto de la ansiedad materna en el embarazo probablemente sea más grave y duradero en el producto de lo que se esperaba (Olza,2006).

Las investigaciones al respecto, que se iniciaron con animales, demostraron la relación entre el estrés prenatal, la adaptación conductual y la reactividad emocional severa, dichos efectos persisten en la edad adulta. En los experimentos con roedores, donde a las madres gestantes las exponían a un ambiente sumamente estresante, se observó que al término del embarazo las crías podían presentar alteraciones en el desarrollo físico y psicomotor (Olza,2006).

Las investigaciones con primates, por otra parte, permitieron establecer la hipótesis con humanos. Se observó que cuando se sometía a las gestantes a un estrés continuado, las crías pesaban menos, además de un retraso psicomotor y tenían menos capacidad de atención que los monos nacidos de madres no estresadas. Cuando a los seis meses estas crías se exponían a una situación novedosa tenían más alteraciones de conducta y menor tendencia a explorar el medio, además de que las crías dormían en respuesta al estímulo, cosa que no hacían nunca las crías de madres no estresadas (Olza,2006).

Estos experimentos lograron constituir la relación en las alteraciones en el eje hipotálamo –hipófisis- suprarrenal (eje HHS) como el mecanismo a partir del cual el estrés materno afecta al desarrollo emocional, cognitivo y temperamental de las crías. A las madres roedores se les suministró la hormona ACTH (liberadora de cortisol). Las madres primates son sumamente hipersensibles al estrés produciendo más cortisol de lo normal y debido a ello los efectos perduran en la edad adulta en roedores e infancia en primates (Olza,2006).

Por lo que se postula, la liberación de cortisol pasa por la placenta y afecta al desarrollo del hipocampo y la amígdala fetal, este mecanismo se ha

propuesto dentro de la **Teoría de la programación fetal** que sugiere que los sistemas biológicos se adaptan al input del ambiente durante periodos específicos de alta sensibilidad del desarrollo y la maleabilidad de los sistemas biológicos. En las mujeres embarazadas se sabe que están expuestas a acontecimientos estresantes, sobre todo en el primer trimestre, existiendo la probabilidad de tener un aborto espontaneo o que su hijo tenga alteraciones congénitas por una alteración en la cresta neural. En general, los hallazgos más significativos en relación a esta teoría es que el estrés favorece el bajo peso y los partos prematuros, así como problemas de conducta y emocionales en la infancia (Olza,2006).

2.2.1 Factores Socio-económicos

La situación socio-económica se utiliza para definir inequidad social y se mide por los ingresos económicos y/o la educación de una población (Gallo, 2013). Las diferencias que existen respecto a la situación socio-económica no son determinantes para un desenlace adverso en la gestación, pero sí se considera que tiene una relación indirecta, ya que favorecen la exposición a riesgos psicosociales. Especialmente se ha asociado a que predispone a un control prenatal tardío e insuficiente, que es una consecuencia de las deficiencias en la aplicación de servicios de salud y la alta incidencia en embarazos no deseados (Gallo, 2013).

Se sabe que las barreras de acceso a los servicios de salud se relacionan con las poblaciones con bajo nivel socio-económico, deficientes conocimientos y tecnologías en el manejo del embarazo, capacidad de pago por los servicios de salud y transporte para acceder a los mismos (Elú, 1994).

De igual manera, las diferencias de un nivel socio- económico bajo tiene sus repercusiones en la calidad de nutrición, educación y condiciones de vivienda de una población y facilitan la exposición a factores de riesgo psicosocial.

Si partimos de los roles de género como lo menciona la Dra. Lucille C. Aktin, en México y en el mundo, aunado a la condición de inferioridad en la

que se encuentra aún la mujer dentro de cada grupo social que pertenece, sobre todo en lugares marginados como zonas indígenas y de extrema pobreza, se provocan una serie de limitaciones desde la infancia que aumentan la posibilidad de que la niña llegue al inicio de su ciclo reproductivo con una serie de riesgos (Elú, 1994). Esto es, desnutrición, precario estado de salud, educación limitada, menor educación informal y acceso al idioma dominante (en caso de mujeres indígenas), así como menor conocimiento del mundo exterior a su comunidad y auto-devaluación, significan una negación de su propio valor y de la importancia de cuidar su salud (**autocuidado**) y no solamente la salud y bienestar de otros, así como expectativas limitadas, sobre todo a lo que puede provenir de la maternidad (Elú, 1994).

Por otro lado, Ibone Olza comenta que las mujeres embarazadas con mayor desventaja son las que pertenecen a:

- a) Familias en situación de pobreza, exclusión social y entorno marginal
- b) Familias inmigrantes
- c) Ser madres menores de edad

Es por eso que les resulta más difícil asumir la maternidad de unos hijos muchas veces no deseados, razón por la cual los abortos son más frecuentes en estos grupos. Con respecto al nivel socio- económico y/o pobreza en la mujer embarazada, se crea un sentido de desamparo y de pérdida de control de sus propias vidas. El analfabetismo, la mala salud, la desnutrición, los riesgos medioambientales y la falta de opciones contribuyen a perpetuar el ciclo (en Blázquez, 2008).

2.2.2 Factores Ocupacionales

El porcentaje de gestantes con actividad laboral en los países en desarrollo ha aumentado significativamente en los últimos años, estos datos tienen relevancia ya que existen trabajos extremadamente estresantes que se asocian con bajo peso al nacer y aumentan el riesgo de parto prematuro, dado que incrementa la inquietud de la propia capacidad de control sobre su trabajo,

es decir, la habilidad del trabajador para controlar sus actividades y destrezas relacionadas con la actividad laboral (Gallo, 2013).

Además de muchas otras desventajas que la mujer pobre puede estar sujeta, desde muy joven a cargas pesadas de trabajo, muchas mujeres piensan que “no trabajan” aun cuando contribuyen económicamente al sostén de sus familias (Elú, 1994).

Datos recientes muestran que la mujer que trabaja irremuneradamente en comparación con el hombre lo que hace perteneciente al mismo grupo de trabajo, labora más horas al día (tomando en cuenta la jornada domestica), suele recibir menor ingreso y menos prestaciones a si lo me menciona la Dra. Lucille C. Aktin (citada en Elú, 1994).

La contradicción que surge en la madre no solo es individual si no forma de parte de una contradicción cultural propia de nuestra sociedad, por un lado se incentiva a las mujeres a tener hijos y por otro lado se les exige que sigan con sus obligaciones habituales sin ponerles la contención necesaria para logren desempeñarse correctamente en ser madres, trabajadoras, profesionistas, esposas (Sebastiani & Raffo, 2004).

Hacerle frente a las múltiples exigencias del trabajo y la crianza de los hijos no es tarea sencilla, y si carecen de algún tipo de ayuda sus probabilidades de éxito son escasas.

2.2.3 Edad

La gestación en mujeres **adolescentes representa** una considerable atención por su aumento progresivo en las sociedades avanzadas, aunada a la reducción de la natalidad de mujeres de mayor edad. Diversas investigaciones han demostrado el riesgo obstétrico al que se enfrenta esta población, derivada de la inmadurez psicofísica de las jóvenes y su falta de habilidades para la vida, ya que se encuentran en plena búsqueda (Salvatierra, 1989).

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2011) afirma que la tasa de embarazos en mujeres de 12 a 19 años de edad es de 79 por cada 1,000. Se calcula que entre 30 y 60% de estos embarazos terminan en abortos inducidos. El indicador que a la fecha mejor refleja la magnitud de este problema en México es el porcentaje de partos en menores de 20 años en las instituciones públicas. En 2005 se registraron 1,174,209 partos en estas instituciones, 21% de los cuales correspondieron a mujeres menores de 20 años. Este porcentaje contrasta con el 4% de los países ricos, pero también con el 50% de algunos países africanos. Cabe destacar que 7,289 de esos partos ocurrieron en niñas de 10 a 14 años (Consejo Nacional de Población, 2011).

Con respecto a las mujeres mayores de 35 años, parece ser que la situación cambia pues conlleva una cognición más favorable. Blum (1979) encontró que las primíparas añosas eran más cuidadosas y consultaban a sus médicos con mayor frecuencia que las jóvenes. Por otra parte Zajicek (1981) observó que las mujeres jóvenes padecían más frecuentemente trastornos emocionales, incluso psiquiátricos, tanto antes como después del parto (Salvatierra, 1989).

Actualmente en los países del primer mundo, e incluso en nuestro país y sobre todo en las ciudades, las mujeres priorizan la necesidad de completar una carrera académica y la opción a establecerse laboralmente antes de tener el primer hijo, contribuyendo así al aumento de la proporción de primigestantes mayores, condición que se ha asociado a desenlaces perinatales adversos como los abortos espontáneos, observándose mayor riesgo entre las embarazadas de más de 35 años que las de 25 a 32 años, pero no obstante con mayor preparación educativa que incrementa la atención prenatal y disminuye las consecuencias indeseables (Gallo, 2013).

Parece ser que el problema más grave radica en las adolescentes embarazadas y que constituye en gran proporción a embarazos no deseados. Resulta complejo describir las causas de esta situación y además existen una

serie de aspectos sociológicos y epidemiológicos que en su momento los define. en una investigación realizada por Usandizaga y colaboradores (1987), como parte de la liberación sexual, mayor influencia económica y las facilidades materiales para mantener relaciones económicas como apartamentos, automóviles viajes en común pero también se relacionan factores como la baja clase social, marginación, escolarización insuficiente y la quiebra de la estructura familiar (Salvatierra, 1989).

Hertz (1983) enlista cuatro grandes patrones psicodinámicos para este fenómeno:

- a) Relación alterada con la madre, con sentimientos ambivalentes entre el deseo de separación y libertad y la necesidad de dependencia.
- b) Una imagen negativa del padre
- c) Experiencias emocionales negativas durante la fase de maduración sexual
- d) Problemas en el proceso de socialización en general, y concretamente una influencia específica de pares, con reacciones emocionales dirigidas a evitar la soledad y el rechazo (Citado en Salvatierra, 1989).

Las consecuencias más graves de un embarazo en la adolescencia radican en la tendencia a la pobre ganancia de peso durante el mismo, consumo de sustancias, trastornos hipertensivos del embarazo, anemia, enfermedades de transmisión sexual y mala adherencia al control prenatal (Gallo, 2013).

2.2.4 Apoyo Social

El apoyo social es el resultado de las relaciones establecidas con otros miembros de la sociedad, entre ellos la pareja, la familia y los amigos, que promueven herramientas de ayuda para enfrentar situaciones adversas.

La presencia de apoyo social en el entorno de la mujer embarazada aumenta el comportamiento a favor del mantenimiento de la salud, la

disminución de conductas de riesgo y productos vivos con mayor peso al nacer. Por otra parte, la deficiencia de apoyo social durante el embarazo está asociada a niveles altos de ansiedad y estos, en conjunto, se relacionan con desenlaces obstétricos desfavorables (Gallo, 2013).

Una investigación realizada en Chile en el 2007 tuvo como objetivo identificar factores de apoyo y estrés psicosocial en adolescentes embarazadas, así como también establecer la asociación entre los factores psicosociales (estrés, disfunción familiar y apoyo social) y la presencia y/o ausencia de Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE) y/o Síntoma de Parto Prematuro (SPP). La muestra estuvo conformada por 146 puérperas adolescentes estratificadas en dos grupos con y sin SHE y/o SPP durante la gestación, los resultados que se encontraron aparecen en las Figuras 5 y 6.

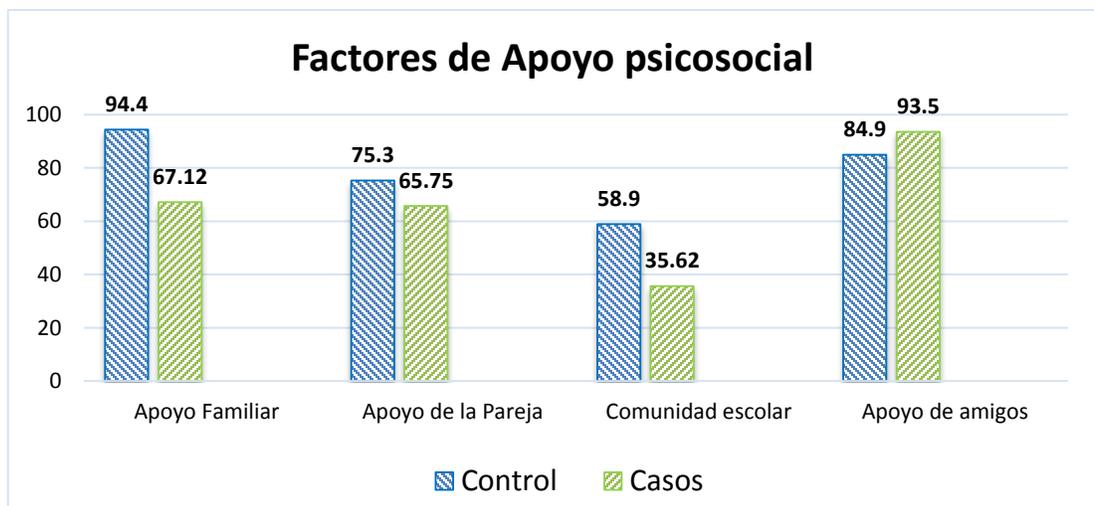


Figura 5: Factores de Apoyo Psicosocial

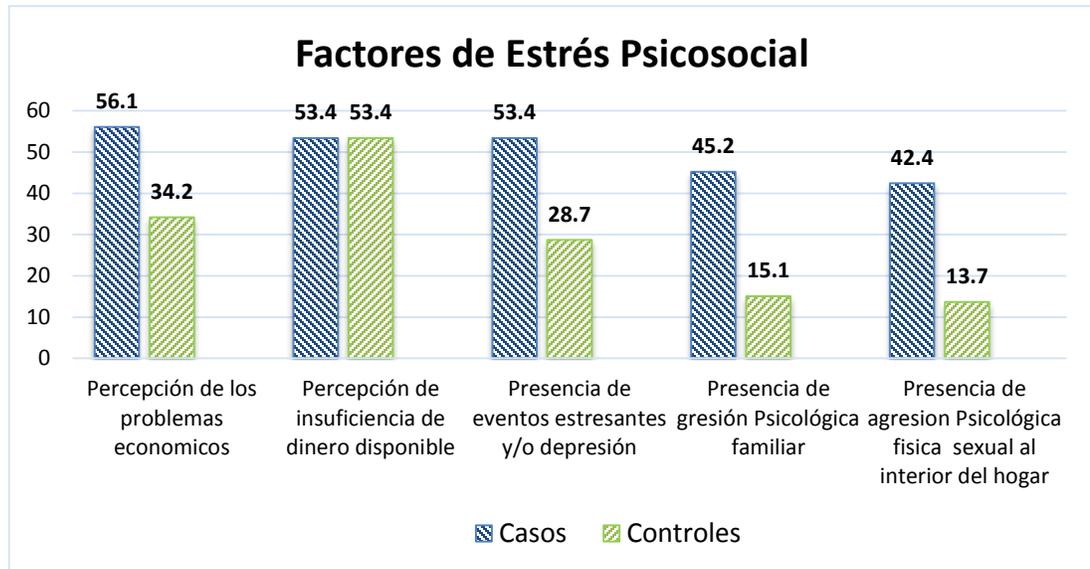


Figura 6: Factores de Estrés Psicosocial

Las conclusiones señalaron la presencia de estresores psicosociales que se asociaron significativamente a un mayor riesgo de presentar SHE y/o SPP en el embarazo adolescente: Estos fueron problemas económicos, agresión psicológica familiar, algún evento estresante y/o depresión, enfermedad y/o hospitalización de un familiar y violencia familiar. El apoyo familiar se asocia significativamente con la ausencia de SFE y/o SPP, por lo que constituye un factor protector de esas patologías (Muñoz & Patricio, 2009).

Por otro lado es de suma importancia que la mujer gestante platique de sus problemas físicos y emocionales con otra persona, mediante la plática pueden obtener apoyo tanto emocional como informativo y/o de retroalimentación, y que aumente la demanda de atención prenatal por recomendación explícita en el sentido de consultar al médico (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1995).

También la ayuda instrumental puede ser un elemento facilitador de la demanda prenatal, es decir que se sienta acompañada por alguien durante la consulta, reciban ayuda para el cuidado de sus otros hijos si fuera el caso y ayuda económica para atenderse, el acompañar al médico puede significar tanto ayuda emocional como instrumental (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1995).

En la mujer embarazada la figura de apoyo central es el esposo/compañero, la madre y suegra son el mayor contenido informativo/ evaluativo, por el hecho de ser mujeres y madres. Cuando se trata de ir al médico son los esposos/compañeros y madres quienes que acompañan a las mujeres.

Las mujeres con algún trastorno emocional es muy probable que no cuenten con alguna red de apoyo y la capacidad de buscar de ayuda este mermada, probablemente la falta de conocimiento de este tipo de padecimiento no sea percibida como un problema de salud (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1995).

Esta hipótesis supone que los resultados se refiere a la capacidad de establecer contactos, mantener relaciones sociales y buscar ayuda, supone que la mujer con redes grandes, son las que utilizan más los servicios ante la percepción de un problema de salud, independientemente de su necesidad de apoyo, tienen ciertas características psicológicas que les confieren una mayor capacidad para buscar ayuda que las demás mujeres (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1995)

Es de suma importancia que los programas operativos de intervención con apoyo psicosocial deben de contemplar varias estrategias y contenidos con el fin de adaptarse a las necesidades específicas de las mujeres, por ejemplo las mujeres socialmente aisladas y/o con problemas emocionales requieren de apoyo más focalizados, y el reforzamiento del apoyo de sus redes sociales tengan un mayor y más perdurable visitas o consultas al servicio médico.

2.2.5 Depresión

Gómez y Arrivillaga afirman que la depresión en mujeres embarazadas es de lo más prevalente con 8 a 12% de afectadas, que en el puerperio frecuentemente son comórbidos con trastornos de ansiedad y suicidio. Estos padecimientos no son diagnosticados ni tratados durante la atención prenatal, teniendo un gran impacto en el desarrollo y manejo de complicaciones relacionadas con el embarazo, pues se asocia con comportamientos de salud

desfavorables y desenlaces como bajo peso al nacer y parto prematuro (en Gallo, 2013).

La depresión durante el embarazo también es un fenómeno poco estudiado a pesar de que algunos estudios demuestran que el inicio de la depresión se dio durante el embarazo en el 23% de los casos, que la mitad de las puérperas con depresión ya se encontraban deprimidas durante el embarazo y que más mujeres se situaron sobre el umbral de depresión entre las 18-32 semanas que entre las 32 y el parto y las siguientes 8 semanas al parto, concluyendo que los síntomas y signos de depresión no son más comunes ni más intensos después del alumbramiento que durante el embarazo (Gilbert & Harmon, 2003).

La depresión perinatal se puede clasificar en 1) depresión mayor o menor desarrollada durante el embarazo y 2) depresión posparto, que ocurre inmediatamente después del parto y hasta un año, considerando que esta es la presencia de sentimientos intensos de tristeza, ansiedad o desesperanza que no se resuelven y que interfieren con la función de la mujer, siendo un trastorno que debe distinguirse del *baby blues* que solo días o un par de semanas (Gallo, 2013).

Existe cierto consenso en la literatura sobre los factores de riesgo o, como denomina Fernández Ríos, “marcadores de vulnerabilidad” y la depresión durante el embarazo y en el postparto. En las últimas décadas, diversos estudios destacan factores asociados a la depresión posparto, entre los que se encuentran los relacionados con la situación social y personal, factores relacionados con el rol de género y vida en pareja y factores obstétricos adversos (Gilbert & Harmon, 2003)

También encuentran como factores de riesgo de depresión, tanto en las madres como en los padres, el desempleo, la baja clase social y tener más de un hijo. Los factores que se han descrito para que esté presente la depresión posparto y como se ha mencionado con anterioridad durante el embarazo son:

la ausencia de apoyo psicosocial, haber experimentado un suceso estresante reciente, baja autoestima y bajo estrato socioeconómico (Gallo, 2013).

Beck (1999) también agrega los siguientes factores predisponentes para que la mujer padezca depresión posparto: estrés en la atención al niño relacionada con la salud, temperamento difícil, dificultades para dormir o dificultades para alimentar al lactante, situaciones estresantes de la vida como divorcio, cambio de trabajo, muerte de un ser querido, hospitalización e insatisfacción conyugal (Gilbert & Harmon, 2003).

Existen en la actualidad diversas herramientas que permiten la detección oportuna de la depresión posparto y que están al alcance de los profesionales de la salud como son el Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI), Postpartum Depression Checklist (DP) y el Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). En este sentido, es indispensable identificar el momento de inicio de los síntomas en relación al parto (Gilbert & Harmon, 2003).

2.2.6 Violencia

Parece ser que el embarazo es uno de los periodos preferidos para ser víctimas de la violencia siendo un estado de suma vulnerabilidad, esto debido a diversas investigaciones que se han hecho al respecto: “El embarazo debería ser una etapa durante la cual la salud y el bienestar de las mujeres fueran especialmente respetados” (Entel, 2004).

La mayor constante al respecto de la salud del neonato es el bajo peso al nacer, un estudio realizado por Rosario Valdez y Luz Sanín en México (1996) donde el objetivo era determinar la prevalencia de la violencia doméstica durante el embarazo, así como asociación con el peso del producto al nacer y las posibles complicaciones en el parto y posparto inmediato

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Civil de Cuernavaca a 110 mujeres usuarias del servicio de gineco-obstetricia, utilizando un cuestionario de preguntas cerradas que se administró dentro de las 24 horas después del nacimiento. El promedio de edad del grupo era de 22 años, siendo

la mayoría amas de casa y solo el 14 % tenían algún tipo de empleo, mientras que para una tercera parte éste era su primer embarazo.

Con respecto a la violencia durante la gestación, del total de mujeres encuestadas el 33.5% fue violentada, la mayoría de ellas por sus parejas; una fue violada y el embarazo era producto de esa violación. De las mujeres maltratadas, la mayoría informó que la violencia se inició en el transcurso de la vida en común, 9% durante el embarazo y 5.4% en el momento en que su pareja se enteró de la gestación.

La mayoría de las mujeres comentó haber experimentado diferentes tipos de abuso ejercido por su pareja, como el abuso físico (40% de la muestra con golpes, quemaduras, mordeduras, heridas con arma blanca o de fuego), siendo el mayor o recurrente el abuso psicológico y emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono, negligencia) y el abuso sexual (37%), el cual consiste en forzar física o psicológicamente a la mujer a la relación sexual o a una conducta sexual de determinado tipo (Entel, 2004).

El principal hallazgo en la investigación realizada consistió en la asociación entre violencia y bajo peso al nacer, asociación de hasta el 75% en las mujeres expuestas al abuso, señalándose la violencia hacia la mujer en el embarazo como un problema de salud pública (Entel, 2004).

La violencia que ocurre durante el embarazo no solamente trae consecuencias en la mujer sino también en el feto en su desarrollo, y dependiendo del tipo de lesión física y riesgo reproductivo para subsiguientes embarazos. Las mujeres maltratadas durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato que las mujeres que no son maltratadas, la diferencia en el bajo peso al nacer, abortar espontáneamente, tener un producto prematuro y alteraciones emocionales en la madre (Pinto, 2006).

Las mujeres que viven con una pareja violenta generalmente tienen dificultades para protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades

de transmisión sexual, incluida la infección por VIH. Además, una pareja violenta puede dificultar indirectamente la capacidad de la mujer de usar métodos anticonceptivos, en especial los condones (Pinto, 2006).

Otro factor que se ha encontrado en las investigaciones revela que la violencia doméstica es más común en familias numerosas, aunque un estudio realizado en Nicaragua indica que en realidad, la relación quizá sea a la inversa, es decir, la violencia precede en gran medida al nacimiento de muchos hijos (80% de la violencia comienza en los cuatro primeros años del matrimonio), lo cual indica que la violencia quizá sea un factor de riesgo para tener muchos hijos (Pinto, 2006).

Las causas de la violencia en el embarazo son multifactoriales, pero en general las razones por las cuales la pareja de una mujer puede recurrir a la violencia durante el embarazo son:

- Él no quiere que ella acuda a la consulta médica. El control del embarazo por profesionales médicos exacerba sus celos y posesión, pues no tolera que “toquen” o “vean” el cuerpo de la mujer al cual considera suyo.
- Él sospecha que otro hombre es responsable del embarazo.
- Él considera el embarazo una carga económica, ya sea porque su pareja embarazada trabaja menos en el hogar, o fuera de éste, o porque el nacimiento inminente de un hijo acarreará nuevas demandas económicas en un hogar de pocos recursos.
- Él se pone celoso al percibir que la mujer embarazada presta menos atención a sus necesidades y sus deseos. Surge temor al abandono o desapego y esto resulta ser el prólogo de la ira o episodio de violencia (Entel, 2004).

Diversas organizaciones a nivel nacional preocupadas por la situación que vive nuestro país en especial los sectores más vulnerables han tratado de brindar apoyo a mujeres embarazadas que atraviesan por esta problemática y

han descrito una serie de factores de riesgo que las mujeres pueden estar inmersa y poner en riesgo la vida del feto y de ella misma:

- Él tiene dificultad de desarrollar un rol paterno maduro y protector, dado que es habitual que el hombre violento haya sido maltratado o testigo o de violencia en su infancia.
- Él ve que la mujer es más vulnerable o indefensa debido a su condición de embarazo y menos capaz de tomar represalias o defenderse
- Cuando hay antecedentes de violencia familiar y sobre todo cuando ha ocurrido durante el año previo al embarazo.
- Cuando a la mujer ya la habían maltratado antes del embarazo o durante su adolescencia o infancia.
- Si la pareja consume alcohol o drogas (principalmente cocaína)
- Cuando la pareja tiene niveles altos de estrés y la mujer tiene problemas emocionales como baja autoestima, aislamiento, inseguridad y depresión.
- Mujeres jóvenes de bajo nivel educativo y socioeconómico que tienen su primer embarazo.
- El abandono de la pareja o su ausencia, pueden ser factores asociados, que en general sitúan a la mujer en una condición muy vulnerable ante la sociedad.
- El problema es más común en lugares donde el concepto de hombría lleva implícito el honor del varón, la autoridad sobre la mujer y en ambientes donde se tolera el castigo físico como medio para resolver disputas personales.
- El desempleo, la familia numerosa, el hacinamiento habitacional, son otros factores, pero también existen otros en las clases acomodadas: que el embarazo interfiera en algún proyecto de viaje o trabajo; que la mujer no pueda acompañar al hombre en determinadas actividades sociales o deportivas en las cuales necesita su presencia o que actúe como anfitriona; el disgusto o “desprecio estético” por la esbeltez o silueta “perdida” (INFOGEN, 2014).

Cuando existe el antecedente de violencia intrafamiliar el grado de violencia por parte de la pareja aumenta durante el embarazo, asociándose con atención prenatal inadecuada, dada por un inicio tardío y mala adherencia a controles prenatales (Gallo, 2013).

2.2.7 Embarazos no planeados y/o no deseados

Los embarazos no planeados son aquellos que no estaban concebidos para el momento en que se sucede y/o que no son deseados en el momento de la concepción. Tener un embarazo no planeado es predictor de atención prenatal insuficiente y de riesgo aumentado, mala adherencia al control prenatal, lleva a una detección e intervención tardía de riesgos y patologías asociadas, exposiciones al consumo de alcohol, tabaquismo, sustancias psicoactivas y uso inadecuado de vitaminas (Gallo, 2013).

Los embarazos no planeados se pueden diferenciar en dos grupos:

1) Embarazos no planeados que se vuelven deseados

2) Embarazos no planeados que en ningún momento se vuelven deseados, por lo tanto las mujeres tienen niveles bajos de motivación, por lo que su adherencia a la atención prenatal es limitada, dado que la intencionalidad del embarazo es un importante determinante del riesgo y puede fluctuar durante la gestación. En este contexto se han encontrado que niveles más altos de estrés, bajos niveles socioeconómicos, maltrato y falta de iniciativa para buscar redes de apoyo son más frecuentes en embarazos no deseados (Gallo, 2013).

Al respecto, Salvatierra describe que de igual manera un efecto estresante de un embarazo es si ha sido planeado o no. Llamamos embarazo planeado al que es buscado de forma consciente y deliberada por los padres, el hijo deseado es el que satisface emocionalmente las aspiraciones de maternidad o paternidad y ambas situaciones están relacionadas pero no son idénticas (Salvatierra, 1989).

En las sociedades más primitivas probablemente el planteamiento de los hijos deseados o no deseados está ausente, y todo embarazo es un acontecimiento en el “orden natural de las cosas”. En sociedades avanzadas la situación es distinta, por la posibilidad de contracepción y de planificación familiar. Al respecto, Teichmman (1984) definió que el amor materno, tal y como lo interpretamos hoy, es un descubrimiento de finales del siglo XVIII; antes de esa época, ni la sociedad ni la familia protegían la vida del niño por nacer, el tener hijos era asunto del destino (Salvatierra, 1989).

La planificación familiar es una consecuencia de mejores condiciones económicas y de actitud inherente de libertad individual. En teoría, en una sociedad avanzada, bien educada, todo embarazo debería ser planeado y deseado, pero en realidad las cosas no son así. Las causas de la falta de planeamiento son complejas, puede tratarse de la simple falta de conocimientos sexuales y de las técnicas contraceptivas, en muchos casos es la omisión a veces comprensible y en otras incompresibles a una consideración de la utilización de los métodos de planificación familiar (Salvatierra, 1989).

Por lo tanto se produce una ambivalencia hacia la contracepción y el embarazo: por un lado, mucha falta de planeación se da por circunstancias ambientales estresantes y, por otro lado, se debe a circunstancias más profundas de tipo psicosocial. Para una adecuada planeación es necesario un acuerdo estrecho entre los dos miembros de la pareja, con un grado de armonía sexual (Salvatierra, 1989).

Las motivaciones para un embarazo no deseado y aunque parezca extraño muchos de estos embarazos se dan bajo circunstancias de conflicto conyugal, con desamor y distanciamiento marital al respecto Videla explica que las motivaciones patológicas para el embarazo y que entendemos que no son el auténtico deseo del hijo y por mencionar algunas son:

- Embarazo como consecuencia de una ambivalencia interna no resuelta, un si inconsciente a un no consciente.

- Embarazarse como una forma de agredir al cónyuge, que no deseaba un hijo.
- Para castigarse de culpas inconscientes que se atribuyen melancólicamente (muerte de un familiar cercano).
- Para ser atendida y cuidada por la familia en un momento que se siente desplazada.
- Para llenar el vacío dejado por un aborto anterior o por un hijo muerto.
- Para cumplir expectativas sociales “una pareja casada cumplido un tiempo se debe de tener hijos, porque así lo esperan los demás”
- Como forma de querer comprobar fertilidad (de ella o de su marido)
- Como forma de querer competir con madre o hermana fértiles, a las que envidia.
- Por sometimiento a exigencias del esposo o cónyuge.
- Para retener a un marido infiel y/o disimular su propia infidelidad.
- Para exigir casamiento.
- Para ser de nuevo niña que cuidaban sus padres
- Como manera de compensar sentimientos de inferioridad en otros planos de la personalidad.
- Competencia y rivalidad familiar.
- Para valorar su femineidad menoscabada en la práctica sexual por la opresión de su marido o el tedio de muchos años de matrimonio (Videla, 1994).

Miller (1973) afirma que en la carrera reproductiva en que la mujer es más propensa a un embarazo no deseado, por una especie de vulnerabilidad psicológica es la adolescencia y otra el climaterio, esto se deduce en base a los resultados de una encuesta en 400 mujeres que solicitaron y tuvieron un aborto provocado con respecto a la actitud ante el embarazo los resultados arrojados que va desde no querer tener hijos nunca, ya se tienen los hijos que querían, no querían hijos en ese momento, esta investigación demostró la

variedad de actitudes, motivaciones y cogniciones que rodean el acontecimiento del embarazo (Salvatierra, 1989).

Esta serie de afirmaciones resulta de una compleja serie de motivaciones y una determinada articulación para cada mujer en particular, además de que incrementan la situación de estrés de la mujer, con ansiedad, síntomas físicos durante la gestación y mala adaptación al papel maternal.

Como ya hemos relatado a lo largo del capítulo, existen factores determinantes para que el desarrollo del embarazo sea exitoso y sin complicaciones, las mujeres entrarán en un proceso en el cual han de llegar a un desarrollo psíquico que les permita manejar tanto sus problemas internos como externos de forma de no ponerse en riesgo y teniendo así las herramientas suficientes para atenderse oportunamente.

En síntesis los factores de riesgo en que las mujeres se pudieran encontrar son impredecibles, que los profesionales de la salud deben considerar a la hora de trabajar con mujeres con vidas muy distintas, el trabajo tanto en lo social como en lo psicológico se encuentra relacionado por los paradigmas teóricos y el concepto de clase y género, por lo que se deberá hacer un trabajo psicológico y clínico que favorezca el paradigma social de la mujer gestante:

- Mujeres que son víctimas de violencia doméstica justamente porque están embarazadas, junto a otras que son expulsadas de sus trabajos o sus casas por la misma causa.
- Adolescentes y/o mujeres inmaduras, desorientadas en relación a los cuidados del embarazo
- Personas muy signadas por creencias que significan riesgos reales para la salud propia o del hijo.
- Conductas de cuidado que nuestros propios paradigmas culturales o de clase social no nos permiten comprender.
- Falta de confianza en el sistema de salud.

- Falta de percepción de las necesidades reales de cuidado por falta absoluta de referentes y soporte social.
- Estilos de vida casi incompatibles con el cuidado del embarazo (situación de calle, adicciones intensas, desconocimiento de los recursos asistenciales y sociales a los que tienen acceso).
- Gran aislamiento social y/o geográfico (por ejemplo, migración reciente).
- Gran inhibición o inseguridad que impiden una comunicación adecuada con el personal de salud (por no tener dientes o estar sucia, por ejemplo).
- Falta de percepción de los propios derechos en relación al cuidado de la salud (empleadas domésticas, rurales, etc.)
- Anemia, desnutrición o desmoralización que impiden tomar una conducta activa.
- Modelos identificatorios primarios de abandono.
- Importante psicopatología previa que impide o dificulta no sólo el cuidado del embarazo sino de sí misma en general (Defey, 2014).

A lo largo del capítulo revisamos los factores que pueden influenciar la baja adherencia al control prenatal y pocas capacidades de autocuidado, es importante comprender que los modelos que hemos aprendido para atender a pacientes y usuarias del sistema de salud en muchos casos nos alejan de esa comprensión de personas que tienen un posicionamiento diferente a las situaciones de la vida muy distintas.

Y que, en efecto, las fallas en la capacidad en el cuidado y el afrontamiento del embarazo son multifactoriales y/o, muchas veces por situaciones de prejuicios, creencias o rechazo, condiciones familiares, personalidad.

Es importante conocer los procedimientos y protocolos que existen en México para atender a las mujeres embarazadas, de igual manera las instancias médicas que existen para su atención y la importancia de la

asistencia psicológica durante el embarazo, parto y puerperio ya que esta profesión instrumenta para operar con el mundo interno de la paciente y tratar sobre los factores externos que influyan sobre este.

Capítulo 3 Antecedentes históricos de la Atención Prenatal y el Parto

Todas las civilizaciones, todos los grupos humanos, rodean al embarazo, nacimiento, parto y también a la muerte con costumbres de carácter regional y universal, donde se encuentran representaciones inconscientes de la mujer que da a luz y de los que las asisten.

La antropología del embarazo y nacimiento nos lleva a remontar la historia y encontrar que en el antiguo Egipto, los mammsi eran personajes dedicados al culto de Isis, la diosa madre. Los hebreos, por otra parte, tenían la costumbre de alumbrar sobre piedras consagradas, llamadas “ladrillos de parto” y en Roma, las familias ricas reservaban una habitación de la casa para los nacimientos, habitación cuya llave daba el marido a la mujer en el momento de los primeros dolores (Bydlowski, 2007).

Entre las tribus del Siglo XX, Margaret Mead estudió a los Arapesh oceánicos asentados en la isla Nueva Guinea ubicada al norte de Australia, donde el parto tiene lugar en una cabaña especial del pueblo y Roheim señala que en la cultura australiana, la futura madre se aislaba en el campamento de las mujeres acompañada de dos primas (Bydlowski, 2007).

Todas estas culturas representaron el parto por medio de obras de arte (pinturas, vasijas, esculturas), siendo este sobre las rodillas de una mujer, mientras otra mujer, frente a ellas, tiraba del niño hacia abajo.

Más tarde aparece el uso de la silla obstétrica, hecha de madera, alta, con un agujero y provista de brazos; esta sería utilizada en el Occidente a partir del siglo I de nuestra era. Uno de los primeros obstetras, Soranos de Éfeso, recomendaba el sillón obstétrico después de haber censurado el parto en rodillas de otra mujer, este sillón sería utilizado hasta el siglo XVII (Bydlowski, 2007).

Posteriormente, a principios del siglo XVI, se sustituyó el sillón por una cama de trabajo, esta cama era estrecha y dura, de tal manera que permitía adoptar una posición semi-sentada. Ya en el siglo XVIII, inició la obstetricia científica y el mueble cambió por razones prácticas y de seguridad obstétrica.

Así es como la historia nos demuestra el valor de lugares, costumbres y tradiciones respecto al embarazo, los muebles destinados al alumbramiento y la importancia de mencionar la presencia de asistentes femeninas en los embarazos y nacimientos.

En la mayoría de las culturas, la presencia de mujeres o la asistencia en la gestación y parto precede a la acción racional, la mujer que asiste a la parturienta, no es en un principio una mujer que sabe (sabia viene de latín *sapiens*), sino de una mujer relacionada por los lazos afectivos o familiares, la prima lejana, en la cultura australiana (como lo mencionó Roheim) o la abuela materna en la cultura maorí (según Deutsch) (Bydlowski, 2007).

Estas mujeres son llamadas comúnmente en lengua castellana comadre o partera; en lengua catalana se dice madrina; en latín es llamada *obstetrix*, siendo el menester de esta, menciona Carbón (1541/1995), que sea experta en el arte, ingeniosa, ya que ha de tratar una diversidad de casos, que sepa encaminar los partos dificultosos y malos, prever las cosas que puedan traer daños y, por último, moderada, esto es, que sea honrada y casta para dar buenos consejos y ejemplos; que sea buena cristiana, y de manos delgadas, que mire las partes que tiene que tratar, sea ligera en el tacto y no haga lesión en cuerpos delicados.

Es así que el arte de la comadrona o partera va de un uso primitivo, pasando por una experiencia transmitida, a una práctica profesional. A través de la historia estas mujeres fueron capaces de ofrecer a la parturienta una buena identificación materna. Sócrates advirtió que el arte de las comadronas debe de ser ejercido por mujeres mayores, que hayan tenido hijos y que sean ahora incapaces de concebir, su incorporación a la comunidad quirúrgica data de 1699 (Bydlowski, 2007).

Revisar los hechos históricos y la antropología del embarazo y nacimiento, así como los lugares dedicados al nacimiento humano, muebles dedicados a ese uso y la asistencia tradicional, cobra su importancia debido a que manifiestan el interés de las culturas en el nacimiento y en los pensamientos de las mujeres a través de la historia. A continuación se revisarán los modelos de atención prenatal en nuestros días, específicamente en México.

3.1 Primeras aproximaciones a la Atención Prenatal

Como ya hemos visto, el control prenatal es un conjunto de acciones que involucran una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos y prevenir complicaciones, así como para la preparación del parto, la maternidad y la crianza.

Barker (1998) indica que es en el siglo XX cuando surge la noción del embarazo médicamente monitoreado. Los textos médicos del siglo XIX y de principios del XX no incluían material sustantivo correspondiente a la supervisión del embarazo; para 1900, el 50% de todas las mujeres de los Estados Unidos tenían nacimientos asistidos por médicos, no obstante, solamente las que presentaban severas complicaciones veían al médico antes del parto. Menos del 5% de la población de mujeres embarazadas en los Estados Unidos había tenido contacto con un médico antes del parto durante las primeras dos décadas del siglo pasado, el resto era atendida por comadronas o parteras (Ceballos, 2010).

Una explicación de este hecho es que la medicalización del embarazo durante el siglo XX y la atención prenatal, comenzaron a ofrecer caminos más certeros para reducir las tasas de mortalidad infantil y materna (Ceballos, 2010).

Al respecto, el diagnóstico y tratamiento prenatal inició en 1882 con el objetivo de aliviar el polihidramnios (presencia de demasiado líquido amniótico rodeando al feto). Durante la década de 1950, surgió la amniocentesis

(examen que se puede realizar durante el embarazo para buscar anomalías congénitas y problemas genéticos en el feto) y además se empleó para detectar sensibilización al Rh (Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2004).

Numerosos descubrimientos genéticos a finales de la década de 1950 y principios de la década de 1960 incluyeron la determinación del sexo fetal por medio de análisis de cromatina. El éxito en los cultivos y determinación del cariotipo en las células amnióticas permitió la detección de la primera anomalía cromosómica y del primer error del metabolismo antes del nacimiento (Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2004).

Finalmente, Caspersson, en 1971 introdujo el bandaje para detección estructural cromosómica y las anomalías cromosómicas, que son el inicio del diagnóstico prenatal como lo conocemos actualmente (Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2004).

En 1968 se realizó el primer diagnóstico de un feto con síndrome de Down, en 1972 se estableció la relación entre la alfa-fetoproteína y los defectos de tubo neural, y al final de la década 1980 se empezaron a establecer diversos marcadores bioquímicos de trastornos genéticos. Las técnicas de diagnóstico prenatal invasivo, tales como la amniocentesis, fueron desarrolladas inicialmente en la época de los 60's, previo al uso de una guía por ultrasonido, que apareció como herramienta del gineco-obstetra casi una década después, lo cual permitió minimizar el riesgo para el binomio, y con ello, propició su generalización (Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2004).

Con el objetivo de controlar la evolución del embarazo y obtener una buena preparación para el parto y con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico, la Organización Mundial de la Salud propone dos grupos de modelos en atención prenatal de la atención primaria:

1-.Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado Componente básico.

2-.Aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo que anteriormente revisamos (Ver Figura 7)

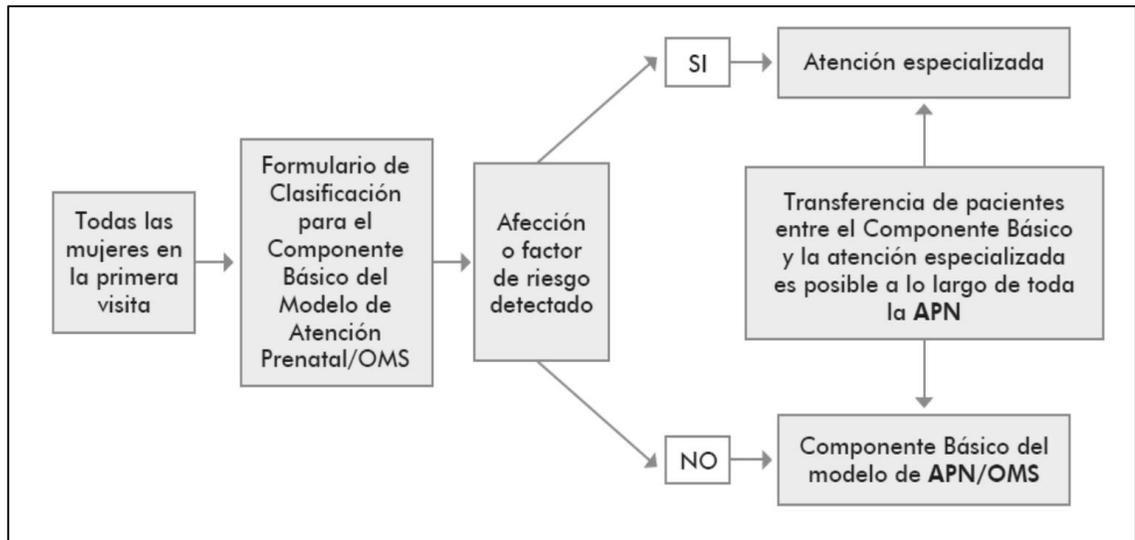


Figura 7: Modelo de Atención prenatal (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La inserción de las mujeres en el Componente Básico se determina a través de criterios preestablecidos. Las seleccionadas para éste son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita, independientemente de la edad gestacional. Las no elegibles para el Componente Básico serán remitidas para la atención especializada. Éstas representarán aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención prenatal (Organización Mundial de la Salud, 2012).

3.2 Modelos de Atención Prenatal en México

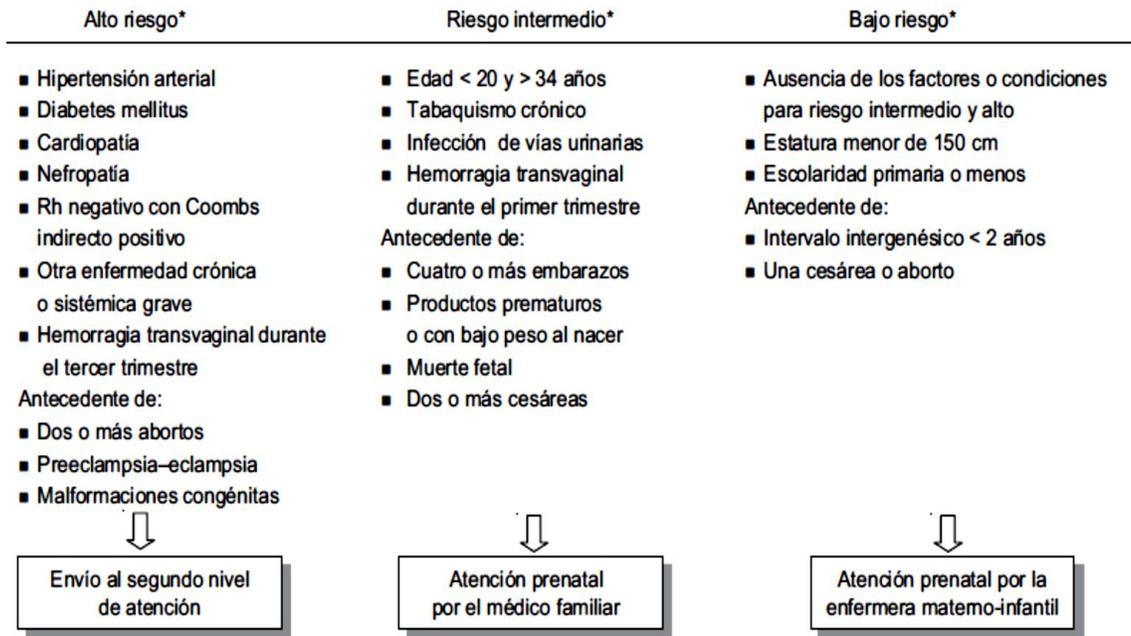
En México, la atención médica tradicional, especialmente en lo referente al programa de control prenatal y la manera en que la realizan la mayoría de las Instituciones de Salud, tiene un enfoque orientado a realizar un interrogatorio y un examen físico ya esquematizado para la gestante, con complementos adicionales de evaluación de exámenes de laboratorio, ecografías y la prescripción de un tratamiento terapéutico específico para cada caso, como lo propone la OMS y la Norma oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (NOM-007-SSA2-1993) (Ver Figura 8) (Gonzalez, Reyes, & Garcia, 1996).

Acciones	Primera consulta (con médico familiar)	Segunda consulta (con médico familiar)	Consultas subsecuentes (con médico familiar o EMI)
Diagnóstico-terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Historia clínica ■ Cálculo del riesgo obstétrico ■ Peso, talla, tensión arterial, examen pélvico ■ Ácido fólico, 5 mg vía oral cada 24 horas ■ Sulfato o fumarato ferroso, 100 mg vía oral, 3 veces al día ■ Biometría hemática, glucemia, examen general de orina, VDRL, grupo sanguíneo y Rh 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interpretar resultados de laboratorio ■ Actualización del riesgo obstétrico ■ Peso, tensión arterial foco fetal, fondo uterino ■ Urocultivo entre las 12 y 16 semanas de edad gestacional para detección de bacteriuria asintomática 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Actualización del riesgo obstétrico ■ Peso, tensión arterial, fondo uterino, foco fetal, movimientos fetales, detección de edema y sangrado transvaginal ■ Biometría hemática y examen general de orina entre las semanas 18 a 20 y 32 a 34 ■ Glucemia entre las semanas 24 a 28
Preventivas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Primera dosis de toxoide tetánico ■ Diagnóstico oportuno de cáncer ■ Detección de VIH en sujetos con riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Segunda dosis de toxoide tetánico 	
Educativas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dieta variada de acuerdo con la disponibilidad local de alimentos ■ Uso de zapato bajo ■ Caminata de 30 minutos tres veces a la semana ■ Técnica de cepillado dental y beneficios de la vigilancia de la salud bucodental 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Control o modificación de factores de riesgo modificables ■ Identificación de signos de alarma ■ Orientación de conductas en caso de signos de alarma 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Continuar modificación de factores de riesgo y vigilancia de signos de alarma ■ Fomento de la lactancia materna ■ Apoyo para la elección y aceptación de un método de planificación familiar

EMI = enfermera materno-infantil

Figura 8. Vigilancia del Embarazo (González, Reyes, & Garcia, 1996).

El caso de Riesgo obstétrico es la condición o factor que cuando está presente aumenta la probabilidad de que la madre o el niño desarrollen una enfermedad (Figura 9) (Gonzalez, Reyes, & Garcia, 1996).



*Uno o más factores o características permite calificar la magnitud del riesgo

Figura 9: Factores de riesgo obstétrico (Gonzalez, Reyes, & Garcia, 1996).

3.2.1 Guía de Práctica Clínica Control Prenatal

La Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con enfoque de riesgo forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. El objetivo de esta guía es orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas, esta guía se pone a disposición del personal del primer nivel de atención para propiciar la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación de un equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar (Secretaría de Salud, 2008).

Esta guía de práctica clínica expone una serie de recomendaciones y evidencias, basadas en autores y en el grado de importancia con los cuales los profesionales aplicarán en el control prenatal.

Las recomendaciones más importantes que hace la guía, la mujer embarazada se le debe ofrecer la oportunidad de asistir a las clases de cuidados prenatales y tener la información por escrito acerca de estos cuidados.

Plantea también proporcionar educación y promoción para la salud de la embarazada y su familia (estilos de vida, prevención de accidentes, adherencia a tratamientos, identificar síntomas y signos de alarma), aconsejar que inicie o continúe con ejercicio moderado durante el embarazo, y que esto no está asociado con resultados adversos (Nice, 2003 citado en Secretaria de Salud, 2008).

Ofrecer información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones disponibles, consideraciones acerca de la dieta y pruebas de laboratorio a las que será sometida, de igual manera recibirá información la finalidad de estos.

Lo más importantes que señala la guía para la práctica clínica es capacitar a las mujeres para que sean capaces de tomar de decisiones informadas acerca de sus cuidados, en donde será atendida quien llevara a cabo sus cuidados a que exámenes será sometida y donde se atenderá durante el parto (Nice, 2003 citado en Secretaria de Salud, 2008).

3.2.2 Arranque Parejo en la Vida

El Programa de acción **Arranque Parejo en la Vida** (APV) fue creado por el gobierno federal en 2001 para atender desafíos de salud materna. Su cobertura se amplió a otras entidades federativas hasta alcanzar la obligatoriedad para instituciones públicas y privadas a finales de 2004. El objetivo principal es garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todos los niños y niñas, desde antes de su nacimiento hasta los 28 días (Secretaria de Salud, 2008).

Para alcanzar el objetivo principal será necesario dar cumplimiento a los siguientes objetivos específicos.

Objetivo 1: Garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas (AEO) a todas las mujeres mexicanas sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social.

Objetivo 2: Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad entre las entidades federativas y municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano.

Objetivo 3: Promover la atención integral y de calidad a las niñas y niños durante los primeros 28 días de vida para prevenir la discapacidad y favorecer su sano crecimiento y desarrollo.

Objetivo 4: Fortalecer en los tres niveles de gobierno, las acciones de rectoría que contribuyan a mejorar las condiciones de salud materna y perinatal en la población mexicana, coordinando esfuerzos, unificando criterios y optimizando recursos (Secretaría de Salud, 2008).

En cada uno de los objetivos específicos se establecen estrategias y líneas de acción que deberán de seguir las instituciones para cumplir con estos y el esfuerzo para mejorar sus condiciones. Si bien el programa tiene su centro en los servicios de salud, requiere de la reunión y del esfuerzo de una gran cantidad de protagonistas que deben alinear sus prioridades en torno a este problema de salud pública, ya que ello representa tener como prioridad el

desarrollo de México como se muestra en la Figura 10 (Secretaría de Salud, 2008).

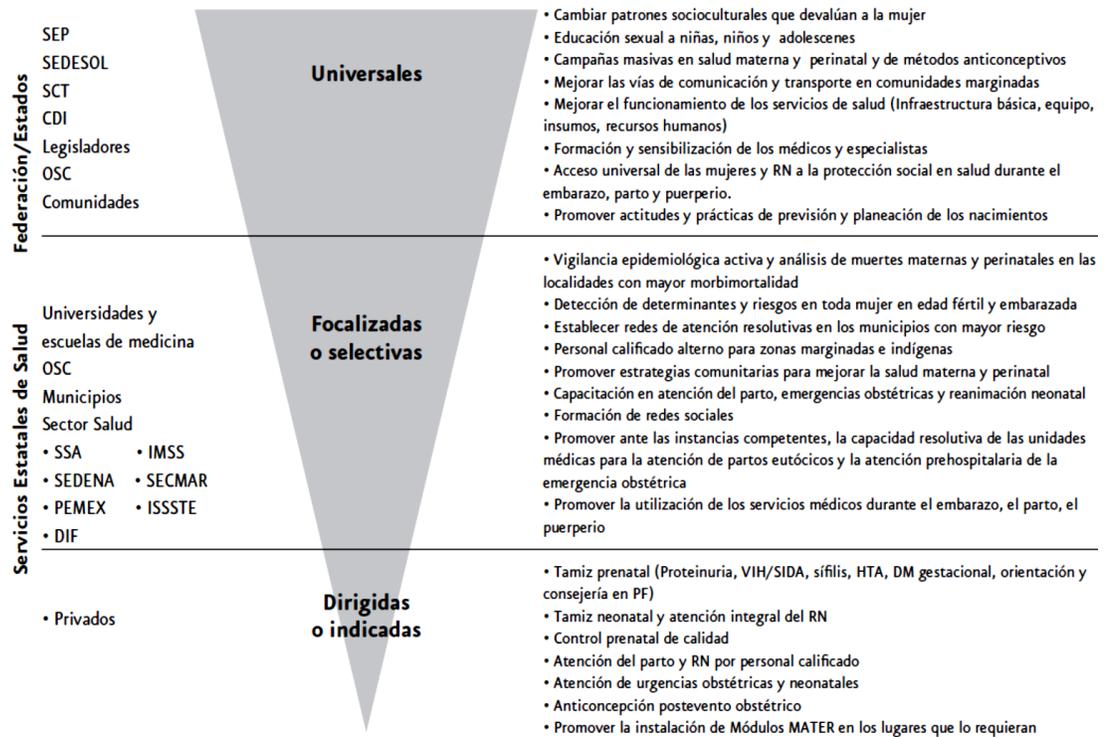


Figura 10: Modelo Operativo del Programa (Secretaría de Salud, 2008).

3.2.3 Programa Medicina a Distancia

A partir de marzo del 2007, Medicina a Distancia se puso en marcha para proporcionar atención médica y psicológica, vía telefónica, a los habitantes del Distrito Federal. El Programa General de Desarrollo 2007-2012 del Gobierno del Distrito Federal, plantea como objetivo del Eje 2, referente a la Equidad, mejorar la atención y prevención a los problemas de salud más importantes y los niveles de satisfacción de los ciudadanos hacia los servicios de salud del Distrito Federal.

Así, en la administración se incorporaron nuevos servicios a favor de la población del Distrito Federal; es el caso del programa **Medicina a Distancia** descrito en el punto 2.11.2.5 del Segundo Informe de Gobierno 2007-2008, donde se señala que: “el objetivo de este programa es vincular, mediante el servicio telefónico, a los habitantes del Distrito Federal con los programas y

servicios médicos de la SSDF, ofreciendo servicios de: orientación médica, consulta psicológica, canalización a servicios médicos de urgencias, atención de quejas y denuncias relacionadas con infracciones a la Ley de Protección a los No Fumadores, orientación y canalización oportuna a pacientes en proceso de Interrupción Legal del Embarazo.” (Secretaría de Salud, 2014).

La prestación de servicios de la salud a la mujer embarazada es una prioridad nacional, es así que el Gobierno del Distrito Federal pone especial interés en la atención prenatal adecuada, ya que se afirma que el apropiado control se relaciona con una mejor calidad de vida para los niños y las mujeres, durante y después del embarazo. Es por esto que se crea en el 2010 el servicio **“Tu Embarazo tiene Ángel”**, actualmente **“Tu embarazo responsable”** que pone en marcha la Secretaría de Salud del Distrito Federal como parte de una estrategia psicoeducativa fundamental para procurar la salud materna y perinatal de las mujeres que viven en la Ciudad de México.

El sustento teórico en el cual se basa este servicio, y ofrecer un tratamiento terapéutico como lo es la Psicoeducación, estuvo sujeto al procedimiento de la Educación para la Salud, definida como la oportunidad de aprendizaje destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Esta definición contempla como factor importante el conocimiento que requieren las personas para la comprensión de su enfermedad o de los cuidados necesarios en determinada etapa del ciclo de vida, esto para la modificación de sus conductas (Pomeroy, Kiam, & Green, 2000).

Es entonces que la psicoeducación surge por la necesidad de proveer de información, considerando los componentes emocionales asociados, lo cual parece ser más efectivo que el sólo hecho de administrar información (Pomeroy, Kiam, & Green, 2000).

El objetivo del programa es implementar acciones preventivas primordiales durante el periodo pregestacional y/o gestacional, otorgando una

guía sobre planeación del embarazo, información sobre el desarrollo del producto, cambios que presentará en el transcurso de la gestación, síntomas anormales, brindar acompañamiento psicológico y crear herramientas necesarias para el afrontamiento de una maternidad responsable.

Fomentar en la mujer una conducta asertiva para que, con base en la información proporcionada, esté al tanto de los parámetros que se deben valorar en cada consulta, de acuerdo a la etapa en la que se encuentre y aclare con su médico tratante todas las dudas que tenga. El programa también supone informar sobre los siguientes temas: nutrición materna en el embarazo y lactancia; cuidados al recién nacido, métodos anticonceptivos y planificación familiar, promover la lactancia, la cultura de prevención y el autocuidado de la salud

Tu embarazo responsable es un proyecto de atención telefónica, el orientador explicará a la futura madre, usando un lenguaje claro y sencillo y empleando todos los recursos lingüísticos de que disponga, (analogías, metáforas, etc.), cómo se desarrolla un embarazo saludable y cuáles pueden ser los datos de alarma que indiquen una necesidad de atención médica con urgencia. Esta forma de explicar se extenderá a lo largo del seguimiento, adaptando el lenguaje a las necesidades de cada mujer, nivel socioeconómico y de escolaridad.

El seguimiento se realiza con una llamada mensual los primeros dos trimestres del embarazo; en el último trimestre la llamada será cada dos semanas. Durante el puerperio se realiza dos llamadas, una a los 15 días del parto y la última llamada será a los treinta días de vida del producto.

3.3 Atención del parto en México

Las diferentes formas de parir a nivel mundial, desde el inicio de la década de 1960 hasta principios de la década de 1970, han cambiado pues se dejaron de asistir los partos domiciliarios, que eran entendidos por las comadronas o parteras, acudían al domicilio y analizaban la situación de la gestante, filtrando así el parto eutócico del distócico. A partir de entonces la

gestante acudía al hospital para tener a su bebe, institucionalizándose el parto hospitalario (López, 2004).

Y es entonces que comienzan a protocolizarse todos los partos por igual, implementando actividades como el rasurado, monitorización, enema y episiotomía (López, 2004).

Desde hace más de 30 años, en México se ha ido cambiando la práctica de la atención del nacimiento en el hogar, principalmente a cargo de parteras tradicionales, por la atención hospitalaria o en clínicas de salud y bajo la conducción de médicos.

Esta modificación ha significado que en las comunidades rurales los partos sean atendidos en pequeñas clínicas públicas y bajo la atención de médicos generales, pasantes o internos con supervisión. Aunque la proporción ha variado entre comunidades rurales y ciudades, siendo más fuerte la presencia de médicos en áreas urbanas, ya en 1974 un 55% de los partos fueron atendidos por médicos. Y de acuerdo con la Encuesta de Salud y Nutrición (2006), 93.2% de los partos fueron atendidos por médicos y sólo 5.7%, por enfermeras o por parteras tradicionales (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

Las primeras parteras profesionales en México fueron formadas en las aulas universitarias en el siglo XIX, a la par que se formaba a los médicos generales de la época. Estas parteras fueron utilizadas para atraer la atención de los partos en las clínicas de maternidad y hospitales que en ese entonces empezaron a proliferar en las áreas urbanas. Una vez que las mujeres embarazadas y parturientas habían aprendido que la atención de los partos debía efectuarse en estos lugares, las parteras profesionales fueron prácticamente eliminadas (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

Al mismo tiempo, en las áreas rurales del país, las parteras tradicionales, definidas como proveedoras de atención del embarazo, parto y posparto de base comunitaria y sin ningún tipo de capacitación formal, juegan un importante papel al ser accesibles, reconocidas y respetadas por la

comunidad. Por varias décadas estas parteras tradicionales han sido las responsables de gran parte de la atención de los partos. Por ello, como estrategia para abatir la Mortalidad Materna, durante muchos años, el sistema de salud ha realizado actividades de capacitación para las parteras tradicionales (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

Sin embargo, la tendencia en la asistencia con parteras cada vez tiene menos influencia en la atención obstétrica. No obstante, se debe reconocer la contribución de las parteras a la salud de las mujeres y sus comunidades. Por ejemplo, por lo que se refiere a la disminución del tétanos neonatal, la promoción del uso de métodos anticonceptivos, o bien el incremento en el uso y la provisión de atención prenatal y su apoyo para aumentar las referencias oportunas en embarazos complicados (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

Actualmente, la Secretaría de Salud coincide en señalar que las parteras tradicionales son un importante vínculo entre los servicios de salud y la comunidad y que, al desempeñarse como educadoras comunitarias, pueden transmitir mensajes de salud materna y neonatal de mucha importancia. Por lo tanto, plantean que los proveedores calificados deberían trabajar en estrecha colaboración con ellas (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

En años recientes y a nivel mundial, se ha puesto mayor atención al rol que desempeña el proveedor de salud a lo largo del seguimiento del embarazo y especialmente durante el parto. La Organización Mundial de Salud (OMS) introdujo el término “asistente calificado” el cual se refiere a un profesional de la salud –partera, enfermera o médico– que ha sido formado y capacitado para ser eficiente en las habilidades necesarias en el manejo de embarazos sin complicaciones, en el parto y en el puerperio inmediato, así como en la identificación, manejo o referencia a un especialista para tratar las complicaciones en mujeres y recién nacidos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

En las últimas décadas surgieron otras maneras más cómodas de parir y menos traumáticas para el binomio. Como consecuencia de que a lo largo del tiempo escuchamos historias terroríficas de mujeres embarazadas que fueron sujetas a violencia sanitaria durante el embarazo mismo, parto y puerperio, donde expresan su malestar y lo traumático que fue la asistencia a la atención prenatal y más tarde en el parto, la poca ayuda proporcionada en la lactancia y en muchas ocasiones la induciendo a la baja adherencia al control prenatal y a cesáreas sobradas.

Como lo revisamos anteriormente, las diferentes formas de parir a través de la historia se han modificado a conveniencia de las necesidades de la humanidad y de las nuevas tecnologías, pero sin duda se ha perdido el trato humanizado a madres e hijos, olvidando o desconociendo la verdadera fisiología del parto y desconociendo que ciertos comentarios, preguntas exhaustivas, críticas y frases que intranquilicen a la mujer, intromisiones en su intimidad o la presencia de observadores, pueden detener el proceso, impedir la secreción hormonal adecuada y los procesos cerebrales del parto (Olza, citado en Blázquez, 2008)

Otro punto importante, y que también el personal de salud ha olvidado, son los efectos que tiene la separación madre-bebé y lo que acarrea para la salud física y psíquica del recién nacido, desconsiderado que el parto es un momento de máxima vulnerabilidad para la mujer y el bebé por nacer (Olza, citado en Blázquez, 2008)

Diversas formas se pueden dar en el maltrato por parte de los profesionales y las instituciones sanitarias a la parturienta, pero sin duda todas ellas contradicen las recomendaciones establecidas por el órgano máximo que rige la salud mundial, la OMS. A continuación se refieren algunas formas de maltrato:

- Falta de respeto a la intimidad de la mujer
- Aplicación de técnicas desaconsejadas según la evidencia científica o el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS

- Trato humillante o despectivo por parte del personal: comentarios despectivos sobre el peso o edad, discriminación por pertenecer a cierta región étnica, ser tratadas de locas o imprudentes cuando cuestionan procedimientos como el rasurado o la episiotomía
- Amenaza velada: No atender a la madre si no acepta algunas prácticas o bien chantaje mediante amenazas infundadas sobre el riesgo que corre el bebé.
- Separación madre-bebé: Se vulneran los derechos del recién nacido repetidamente al ser separados de su madre en el momento de nacer o no se les permite que estén acompañados en las unidades de cuidados intensivos neonatales, todo lo contrario de lo que recomienda la OMS (Armendáriz & Sanz, citado en Blázquez, 2008).

Las consecuencias de esto es que la mujer en el momento del parto se encuentre con miedo, todas las imágenes y sensaciones desencadenen un síndrome de estrés postraumático y depresión posparto, algunas reviven una y otra vez el nacimiento traumático durante los meses que siguen en vez de recordar un instante de amor, recuerdan su sensación de indefensión, de querer salir corriendo, pánico a morir o a que el bebé muera (Armendáriz & Sanz, citado en Blázquez, 2008).

A finales de la década de 1990, aproximadamente, inicia una corriente que está en contra de todas estas prácticas, cuestionando muchas de ellas, surgen organizaciones mundiales y, por propia iniciativa de la OMS, se promueve un parto humanizado, alternativas en la forma de parir y se promueve la importancia de no separar al binomio y se empieza a implementar a nivel mundial el Método madre canguro.

El método fue desarrollado por el médico neonatólogo colombiano Edgar Rey Sanabria en la década de los 70' a consecuencia de la alta incidencia de mortalidad en bebés prematuros, y como alternativa a los cuidados en

incubadora, y posteriormente recomendado en recién nacidos llegados a término, básicamente consiste el contacto piel con piel inmediato, ininterrumpido y constante entre la madre y el recién nacido tras el nacimiento, no cortar el cordón umbilical hasta que este haya transferido toda la sangre de la placenta y haya dejado de latir, y facilitar el inicio de la lactancia materna exclusiva en los primeros minutos de vida (Armendáriz & Sanz, citado en Blázquez, 2008).

En cuanto a los partos, surge el parto en agua, del cual se tienen registros desde los tiempos de Aristóteles. En el siglo VI a. C, este afirmó que el principio de la vida era el agua, teniendo como eje que toda semilla para germinar requería de un componente húmedo. De igual manera, en la época egipcia, según las leyendas, los bebés elegidos nacían en el agua, el lugar elegido era el Nilo, siendo estos sacerdotes y sacerdotisas en la edad adulta (López, 2004).

En la historia moderna, el primer parto de este tipo documentado en la obstetricia nos remonta a Francia en 1803, cuando una mujer resolvió su parto en agua tras dos días de labor. Posteriormente, diversos investigadores trataron de revelar los beneficios de parir en el agua en animales y posteriormente con mujeres, encontrando propiedades relajantes en el agua caliente (López, 2004).

El médico francés Michel Odent en la década de los 70, propulsó el parto en el agua, proporcionaba una tina con agua caliente/templada a la gestante con comodidad y libertad para el trabajo de parto, el objetivo era proporcionar a cada mujer que paría de un modo particular bajo sus propios instintos y tomando diferentes posiciones que benefician al descenso del bebé. Además descubrió que cuando las contracciones de la mujer se vuelven más dolorosas son menos eficaces, en el proceso de la dilatación el agua caliente proporciona alivio y relajación, de tal manera que son llevaderas hasta el momento del parto (López, 2004).

Parto en casa: En Holanda, el sistema sanitario público tiene establecido que los partos eutócicos (vaginales), sean atendidos en el domicilio por parteras/ comadronas junto con los médicos generales. En Inglaterra, la gestante puede elegir, en caso de que su parto sea eutócico, entre parir en el hospital o en casa.

Las ventajas de estas formas de parir son que las mujeres se encuentran en un medio familiar, con lo que les proporciona un medio menos hostil, libertad de movimientos y comodidad en las posiciones, optando por las posiciones vertical, en cuclillas y decúbito dorsal. Estas condiciones proporcionan un clima de intimidad y la casi ausencia del estrés y tensión, lo que beneficia el proceso de dilatación (López, 2004).

3.4 Mortalidad y Morbilidad Materna

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo con graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas, que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia y la falta de recursos, hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia de la administración de las instituciones o en el actuar médico.

A nivel mundial, diariamente mueren 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y parto. En el 2010, murieron 287 000 mujeres, el 99 % de estas muertes se produjeron en países en desarrollo, zonas rurales y en extrema pobreza. Paradójicamente, la mejora de la salud materna es uno de los ocho objetivos del Milenio (ODM 5), estos fueron adoptados por la comunidad internacional de 189 países en el año 2000. En estos objetivos, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015 y con respecto a esto desde el 2005 la mortalidad materna ha disminuido apenas en un 1%, cifra muy inferior a la reducción del 5,5% anual que sería necesaria para que la meta se alcanzara (Organización Mundial de la Salud, 2012).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT, 2012), el 3.6% del total de la población usuaria de los servicios ambulatorios fue ocupado por mujeres embarazadas con problemas en el embarazo y puerperio, habiendo un incremento significativo. Ya en la Encuesta Nacional de Salud 2006, la atención a las mujeres embarazadas con problemas alcanzaba un 2.1% del total de la población usuaria de los servicios ambulatorios (ENSANUT, 2006). Esta realidad resulta preocupante ya que no se esperaba en dicho grupo etario, se estimaba que el porcentaje fuera menor.

El Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) revela que en el Distrito Federal, en el 2011, por cada 100 mil niños nacidos vivos fallecieron 45 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. La distribución porcentual de defunciones maternas, según las principales causas en el Distrito Federal en ese mismo año, fueron de hemorragias en el embarazo con un 25%, causas obstétricas indirectas con un 23.2%, enfermedad hipertensiva del embarazo con un 21.4%, complicaciones en el embarazo y parto con un 10.7%, aborto con un 8.9%, sepsis y otras enfermedades puerperales con un 5.4% y otras complicaciones principalmente puerperales con un 5.4% (OMM, 2013). Un punto importante que es necesario atender es la prevención de muertes en adolescente, ya que en esta población el riesgo de muerte es 1.2% veces mayor que la de las embarazadas mayores de 20 años (OMM, 2013).

Por otra parte, al comparar el total de cesáreas efectuadas en el Distrito Federal en 2012 (57.9%) con la ENSA 2000 (35.5%) y ENSANUT 2006 (35.6%), se observa un incremento de 63.1% en 12 años. Cabe destacar el alto porcentaje de cesáreas por urgencia respecto a las programadas en esta entidad federativa, dato que puede estar relacionado con una baja atención prenatal y un seguimiento deficiente del embarazo. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007, esta información denota la falta de cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con este rubro, como lo muestra la Figura 11.

Resolución de parto en mujeres de 20 a 49 años con antecedentes de un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista. Distrito Federal, México, ENSANUT 2012			
	Frecuencia*	%	IC95%
Normal (vaginal)	235.9	42.1	31.9-53.0
Cesárea por urgencia	113.0	20.2	12.1-31.7
Cesárea programada	211.4	37.7	27.5-49.2
Total	560.4	100.0	

* Frecuencia en miles
IC = Intervalo de confianza

Figura 11: Resolución de parto Distrito Federal (ENSANUT, 2012).

Se considera como muerte materna a aquella que ocurre mientras la mujer está embarazada o cuarenta y dos días después de terminado el embarazo y que aparece registrada según la CIE-10 con los códigos O08 al O97 (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Aunque la cobertura del control prenatal en México ha aumentado en los últimos años, gracias a los diferentes programas en cobertura en salud pública como el Seguro Popular a nivel nacional, para la población que no cuenta con algún servicio de salud, el servicio de gratuidad que otorga el Gobierno del Distrito Federal, además del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para trabajadores de empresas privadas y por último el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), son una alternativa frecuente. Sin embargo, aún hoy en día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales por la paciente, el registro o llenado incompleto de las historias y la no aplicación de un proceso completo de educación prenatal hacen que la mujer embarazada tenga rezagos en salud para ella y su bebe, en el peor de los casos la muerte de alguno del binomio.

En consecuencia, la mortalidad materna es un indicador de la calidad de vida y del desarrollo de un país, así como del ejercicio de los derechos ciudadanos sexuales y reproductivos de las mujeres, expresa las desigualdades e inequidades de género, económicas y culturales y es también

un indicador de la cobertura y calidad del control prenatal y otros servicios de salud (World Health Organization, 2002).

Concluimos con el capítulo resumiendo sin duda que es de suma importancia conocer los antecedentes históricos de la atención prenatal y parto y que sin duda necesitamos replantear la efectividad y la calidad con que se llevan a cabo, el embarazo y parto es un periodo de ajustes para la mujer, que merecen ser tratado con respeto y calidez, además de modificar la concepción de la idea; que el embarazo es “orden natural de las cosas”; comprende para cada mujer diferentes experiencias, sentimientos, pensamientos que es necesario tener en cuenta como trabajadores de salud.

Capítulo 4. Método

4.1 Planteamiento del Problema

¿Existió diferencias en la capacidad de autocuidado y actitud hacia el embarazo en dos grupos de mujeres embarazadas, cuando el primer grupo recibió una intervención psicoeducativa (“**Tu embarazo responsable**”) y el segundo grupo solo acudió a su control prenatal tradicional en Centro de Salud?

4.2 Objetivos Generales

- ✓ Determinar cuál es la eficacia de una intervención psicoeducativa para prevenir los factores de riesgo en mujeres embarazadas.

4.3 Objetivos Específicos

- ✓ Describir el perfil sociodemográfico de las participantes de la investigación.
- ✓ Evaluar el impacto del control prenatal en la capacidad de autocuidado y actitud hacia el embarazo sobre las mujeres atendidas.
- ✓ Determinar si existieron diferencias en las medias de autocuidado y actitud hacia el embarazo de ambas muestras.
- ✓ Mostrar la importancia de incrementar los programas psicoeducativos como estrategia para prevenir factores indeseables en la salud materna infantil.

4.4 Variables

Independiente: Tipo de atención recibida por las mujeres embarazadas

Definición conceptual: Grupo atendido telefónicamente: Mujeres embarazadas que **reciben** intervención psicoeducativa por parte del servicio “**Tu embarazo responsable**” y que acuden a su control prenatal tradicional en Centro de Salud.

Grupo control prenatal tradicional: Mujeres que **NO** reciben ningún tipo de intervención psicoeducativa y que solo acuden a su control prenatal tradicional en Centro de Salud.

Variables Dependientes

Capacidad de autocuidado

Definición Conceptual: Se refiere a todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades (Orem, 1994).

Definición operacional: Escala de Valoración de la Agencia de Autocuidado Reportada por el Paciente (*Appraisal of Self-Care Agency scale*, ASA-1, Evers, 1989)

Actitud hacia el Embarazo:

Definición Conceptual: Dimensiones psicosociales (Aceptación del embarazo, Identificación con el rol materno, Calidad de la relación con la madre, Calidad de la relación con la pareja, Preparación al parto, Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto, Preocupación por el bienestar propio y del bebé) que permiten evaluar patrones de respuesta adaptativos que llevan a una orientación para el rol maternal, o no adaptativos que generan ambivalencia acerca del embarazo y la maternidad (Salvatierra, 1989).

Definición operacional: Cuestionario de Evaluación Prenatal de Armengol y Cols. (2007). Es una versión traducida al español y adaptada del cuestionario de Lederman (1996), que pretende explorar aspectos psicosociales del proceso de gestación. (Armengol, Chamarro, & Garcia Dié , 2007).

4.5 Hipótesis

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de capacidad de autocuidado y actitud hacia el embarazo de un grupo de mujeres embarazadas que reciben el servicio telefónico **“Tu embarazo**

responsable” en comparación a las mujeres que solo acuden a su control prenatal tradicional en Centro de Salud.

- Existen relaciones estadísticamente significativas entre la capacidad de autocuidado y la actitud hacia el embarazo en una muestra de mujeres embarazadas bajo control prenatal.

4.6 Tipo de Diseño.

El tipo de diseño seleccionado para esta investigación fue No experimental ya que se caracteriza porque no existe manipulación intencional de las variables independientes solo se observó el fenómeno tal como se dio en su contexto natural para después analizar.

4.7 Tipo de estudio

El tipo de estudio seleccionado será dividido en dos pasos, el primero será descriptivo ya que analizaremos dos características (variables) de los dos grupos de la población con el objetivo de descubrir como intervienen las variables.

El segundo estudio fue correlacional ya que el objetivo era determinar la forma en que se relacionan o vinculan (o no) las variables dependientes entre sí y tendrá un alcance transversal.

4.8 Escenarios

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en dos escenarios, en el caso de la muestra atendida telefónicamente se realizó en las instalaciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en donde se encuentra ubicado el programa “**Medicina a Distancia**” y se proporciona el servicio “**Tu embarazo Responsable**”, con la ayuda y autorización de las autoridades a cargo de dicho programa, ya que facilitaron el acceso a los expedientes para la aplicación del instrumento telefónicamente.

Con respecto a la aplicación del instrumento para el grupo de mujeres atendidas en Centro de Salud, las autoridades de dicha institución facilitaron

el acceso a los Centros de Salud T III “Dr. José Zozaya” y T III “Dr. Manuel Pesqueira” ubicados en la delegación Iztacalco en Distrito Federal.

4.9 Población

Estuvo conformada por mujeres embarazadas que se captaron entre Febrero y Abril de 2014. Se trató de que la muestra que fuera lo más representativa posible, se captaron en total a 135 mujeres embarazadas, sin importar su edad, escolaridad, nivel socioeconómico, periodo gestacional, paridad o estado civil, que fueran residentes en la Ciudad de México, además que acudieran a su control prenatal tradicional en Centro de Salud.

Cabe mencionar que se tuvo que descartar a 6 mujeres ya que en el momento de la entrevista no lograron comprender las preguntas o no se terminó la entrevista, por lo tanto sus respuestas fueron sesgadas y no fue posible que entraran en el análisis, por lo que la población efectiva fue de 129 mujeres embarazadas.

4.10. Muestras

La muestra estuvo conformada por 25 mujeres embarazadas que recibían el servicio telefónico “Tu embarazo responsable”, además de asistir a su control prenatal tradicional en Centro de Salud y 104 mujeres embarazadas que no recibían ningún tipo de orientación psicoeducativa y que solo acudan a su control prenatal tradicional en Centro de Salud.

4.11 Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico en su modalidad de sujetos tipo, ya que los sujetos elegidos, en este caso mujeres embarazadas, cubren ciertas características fijadas por el investigador.

4.12 Criterios de inclusión y exclusión

- Mujeres embarazadas, sin importar la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, periodo gestacional, paridad y estado civil.

4.13 Criterios de exclusión

- Mujeres que no estén embarazadas
- Para el grupo de mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud que en algún momento de su embarazo hayan asistido a una orientación psicoeducativa.

4.14 Materiales y/o instrumentos.

Para la obtención de la información se utilizó una encuesta de factores demográficos y dos escalas válidas de medición. Las primeras once preguntas que corresponden a los datos sociodemográficos y culturales como edad, estado de civil, si vive con su pareja, escolaridad, trabajo fuera de la edad, embarazos anteriores, meses de embarazo, cambios observados en forma de comer y alimentos incorporados durante el mismo.

Los Recursos de salud se evaluaron con las preguntas 12 y 13 y de las preguntas 14 a la 17 y 57 midieron el Patrón de vida.

El Estado de salud fue medido usando el **MOS (Medical Outcomes Study)**, Forma Corta de la Encuesta General de Salud SF-36. En 1991 se inició el proyecto conocido como “Evaluación internacional de la calidad de vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey) Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo , se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América. Posteriormente, el proyecto IQOLA incluyó 14 países industrializados, y en la actualidad hay más de 40 naciones participantes (Zuñiga, Carrillo, Fos, Gandek, & Medina, 1999).

Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así

como entre la población México-norteamericana de EUA. (Zuñiga, Carrillo, Fos, Gandek, & Medina, 1999).

El presente estudio utilizó la versión 1.1 de la Encuesta, autorizada para usarse en México, el instrumento consta de 36 ítems, es una escala tipo Likert consiste en ocho sub-escalas relacionadas a funcionamiento físico y social, el papel que desempeña, la salud mental, percepción de salud y dolor. Para este estudio sólo se utilizaron 10 preguntas para salud mental (MH) y percepción de la salud (HP) y les correspondieron las preguntas 18 a 27. Se eligieron estas dos sub-escalas por considerarse que evaluar los aspectos mentales y la percepción física respecto al estado de salud proporciona una evaluación más completa del mismo por su relación estrecha con el crecimiento y desarrollo del individuo (Gallegos, 1998).

Para la medición de **Capacidad de Autocuidado** se utilizó la Escala de Valoración de la Agencia de Autocuidado Reportada por el Paciente (*Appraisal of Self-Care Agency scale*, ASA-1, Evers, 1989). Es un instrumento tipo Likert de 24 ítems que se califica de la siguiente manera: 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) representa el más alto; cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 (Carrillo & Mesa, 2013).

Es importante mencionar que Evers afirma que ASA-1 es una escala unidimensional, es decir, mide una sola dimensión de la agencia de Autocuidado, en este caso la Operatividad, ya que está diseñada como un modelo sumatorio. Los rangos posibles de evaluación serían: Bajo (<88), Medio ($\geq 88 \leq 95$), y Alto (>95). Hay que mencionar que cuando el objetivo es analizar la operatividad de la agencia de autocuidado al interior de un grupo con características similares en el estado de salud, los autores sugieren utilizar rangos como parámetros para el análisis y cuando el objetivo es comparar intergrupos se utiliza la media total del ASA-1 (Carrillo & Mesa, 2013).

Es importante aclarar que, en términos generales, la escala ASA-1 tiene una limitación relacionada con la temporalidad, es decir, que de un periodo a

otro la operatividad de la agencia en el autocuidado varía. Esto es, una persona puede tener la capacidad pero no utilizarla, es decir, no operativizarla, “entre más operativa es la agencia de autocuidado se depende menos de cuidados institucionalizados” (Carrillo & Mesa, 2013, pag 5).

La versión al español de la Escala ASA-1 es equivalente a la original en el idioma inglés, por lo que se considera que está lista para su uso en la población mexicana, con una confiabilidad por Alfa de Cronbach de 0,77 (Gallegos, 1998).

Regina Lederman y colaboradores en 1978 iniciaron sus primeras investigaciones y recurrió a entrevistas prenatales para apreciar el conflicto en la aceptación del embarazo, con embarazadas y las valoraciones de éstas, en 1984 introdujeron el **PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire)**. El PSQ evalúa siete dimensiones psicosociales, compuesto de 79 afirmaciones (Salvatierra, 1989)

a) Aceptación del embarazo, caracterizada por las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las cuales encontramos la planificación consciente y la espera del embarazo, un estado de ánimo de felicidad, la tolerancia al malestar, la aceptación de los cambios corporales y la aceptación de la ambivalencia característica de esta etapa.

b) Identificación con el rol materno, caracterizada por la motivación para la maternidad, la preparación para ésta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno. Por lo tanto, dentro de esta dimensión se incluye la aceptación, protección y alimentación del niño/a.

c) Calidad de la relación con la madre, que incluye la disponibilidad de la abuela (madre de la embarazada) y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación del nieto, el reconocimiento de la hija como madre, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de relación y crianza del bebé.

d) Calidad de la relación con la pareja, que incluye el interés del marido por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella.

e) Preparación al parto, caracterizada por las conductas preparatorias como asistir a clases prenatales, leer libros o por los ensayos imaginarios o fantaseados referentes al parto.

f) Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto, caracterizado por la pérdida de control sobre el cuerpo y sobre las emociones, la confianza en el personal médico y sanitario así como la actitud hacia el uso de la medicación durante el parto.

g) Preocupación por el bienestar propio y del bebé: que incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto (Salvatierra, 1989).

El cuestionario original estaba compuesto por 79 ítems y así fue traducido al castellano para una investigación por García-Dié (1999). Dado que en la versión original algunas escalas contenían 10 ítems y otras 14 o 15, en una segunda versión castellana se igualó la cantidad de ítems para cada escala, quedando el número de ítems de cada dimensión en 12 (84 ítems en total) con la finalidad de obtener una mejor consistencia interna (Armengol, Chamarro & García-Dié, 2007).

Más tarde la escala resultante fue de Armengol y Cols. Consta de 42 ítems, la puntuación media es de 126.48 (DE = 13.67), el rango de puntuaciones oscila entre valores de 78 y 153. El valor del coeficiente Alfa de Cronbach 0.856 indica la aceptable consistencia de la escala. Todos los ítems del cuestionario se valoraron en una escala Likert de cuatro puntos (1-4), oscilante entre los adjetivos Mucho-Nunca (Armengol, Asenjo, Chamarro & García-Dié, 2007).

Por último las preguntas 53 a la 56, 58 y 59 miden otros aspectos del embarazo, como el conocimiento con respecto a las visitas al médico,

conocimiento del peso durante el embarazo y ayuda a otras mujeres embarazadas (Gallegos, 1998).

4.15 Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron a 129 mujeres embarazadas a quienes se les solicitó su colaboración voluntaria y autorización por escrito. Posteriormente se les explicó las características del instrumento y el tiempo aproximado en que se llevaría a cabo, que fue de 25 minutos.

Para la muestra que perteneció al Servicio “Embarazo Responsable”(n=25), las mujeres fueron entrevistadas telefónicamente, ya que es la modalidad en que se otorga el servicio. En el caso de la segunda muestra (n=104), las participantes fueron entrevistadas de manera presencial en Centros de Salud pertenecientes a la Delegación Iztacalco y que estaban en espera de ser atendidas para su revisión prenatal.

La recolección de la información se efectuó aproximadamente en 10 semanas, los datos fueron recolectados en dos Centros de Salud de tercer nivel y en las instalaciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. La captura de datos fue semanal y se elaboró una base de datos en Excel, para posteriormente utilizar el paquete SSPS 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*), con el que se calculó la estadística descriptiva y se aplicó la estadística inferencial.

4.16 Análisis de Datos

En el análisis descriptivo de los datos se elaboraron la distribución de frecuencias, las gráficas de sectores, barras y caja y bigotes, así como se calcularon las medidas de tendencia central y desviación, lo cual nos permitió exponer características y particularidades de las variables.

El análisis inferencial propuesto para responder a las preguntas y probar hipótesis, se efectuó mediante la aplicación de la prueba *t* de Student para muestras independientes y la Correlación de Pearson.

Capítulo 5. Análisis de resultados

En este capítulo tenemos que recordar que la investigación tuvo dos momentos: Un primer momento, en el cual se aplicaron dos instrumentos **(MOS)**, **(ASA-1)**, a las muestras de las mujeres que pertenecen al servicio Embarazo Responsable (captándose 12 mujeres) y a las mujeres atendidas en Centros de Salud (captándose a 48 mujeres).

El segundo momento inició al perderse la posibilidad de captar más mujeres del Servicio Embarazo Responsable, dado que este se reestructuró y se suspendió temporalmente en el momento de obtención de datos. Ante esto, y con la finalidad de enriquecer la investigación, se decidió integrar un tercer instrumento **(PSQ)**, para aumentar las posibilidades de análisis pues la comparación en la muestra original ya no era posible en las condiciones planeadas. En este segundo momento se obtuvieron 56 mujeres de las atendidas en Centros de Salud y únicamente 13 mujeres atendidas telefónicamente.

A continuación se expondrán los resultados que reportaron las 104 mujeres pertenecientes al grupo sin tratamiento y que fueron captadas en los Centros de Salud Dr. José Zozaya y Dr. Manuel Pesqueira, ubicados en la delegación Iztacalco.

Del grupo atendido telefónicamente se captaron a 25 mujeres embarazadas que pertenecían al Servicio Embarazo Responsable impartido por el programa Medicina a Distancia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Iniciaremos con la estadística descriptiva y posteriormente con la inferencial.

5.1. Datos Sociodemográficos

La edad de las mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud, osciló entre 14 y 46 años, de las cuales la mayor frecuencia se encontró en el grupo de 18 a 21 que equivale al 34.6% de la muestra (Ver Figura 12). En comparación, las mujeres que reciben el servicio telefónico, la mayor

frecuencia se encontró en el grupo de 17-20 que equivale al 40% como lo muestra la Figura 13.

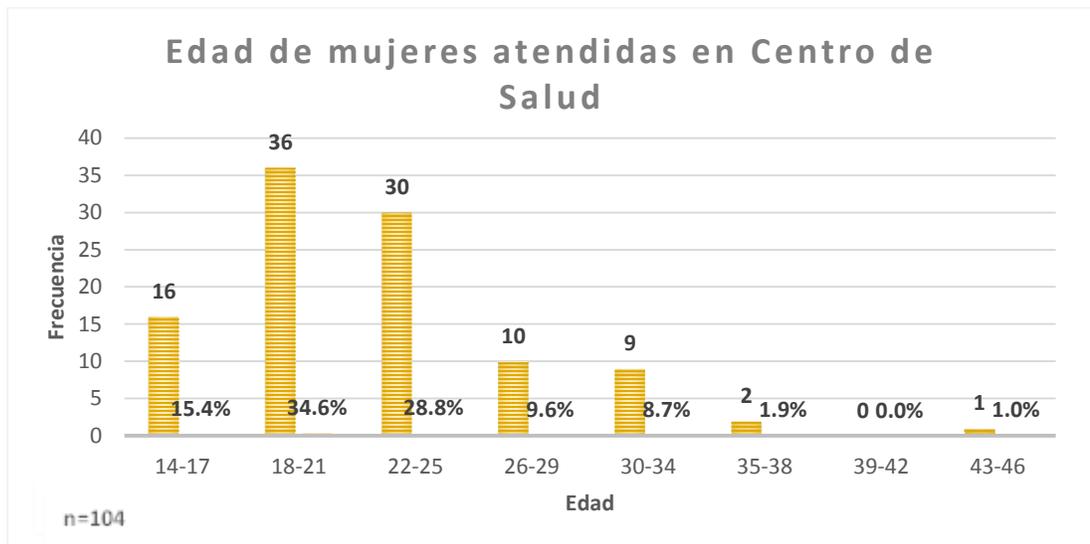


Figura12: Edad de las mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud.

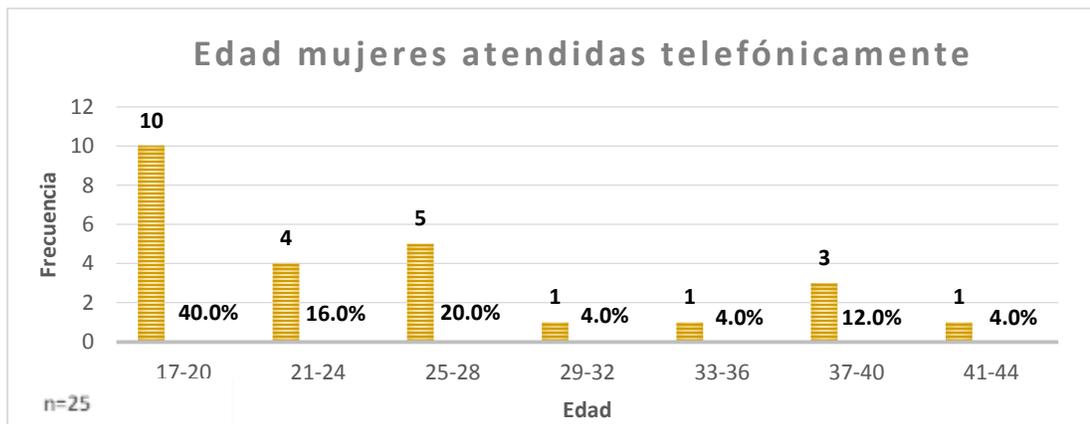


Figura 13: Edad de las mujeres embarazadas atendidas telefónicamente

El análisis del Estado Civil en el Grupo atendido en Centro de Salud reveló la mayor frecuencia en la opción de Unión libre con el 52%, es decir, 54 mujeres se encuentran en esta situación; en segundo lugar se encontraron las Madres solteras con el 28% y 29 mujeres y el tercer lugar fue para las Casadas, con el 17% y 18 mujeres (Figura 14).

Para el caso del Grupo atendido telefónicamente encontramos que de igual manera la mayor frecuencia se encuentra en Unión libre con el 52% con 13 mujeres, seguido de Madre soltera con el 28% y Casada con el 20% (Figura

15). Cabe hacer notar que ambas muestras son similares en cuanto al Estado civil.

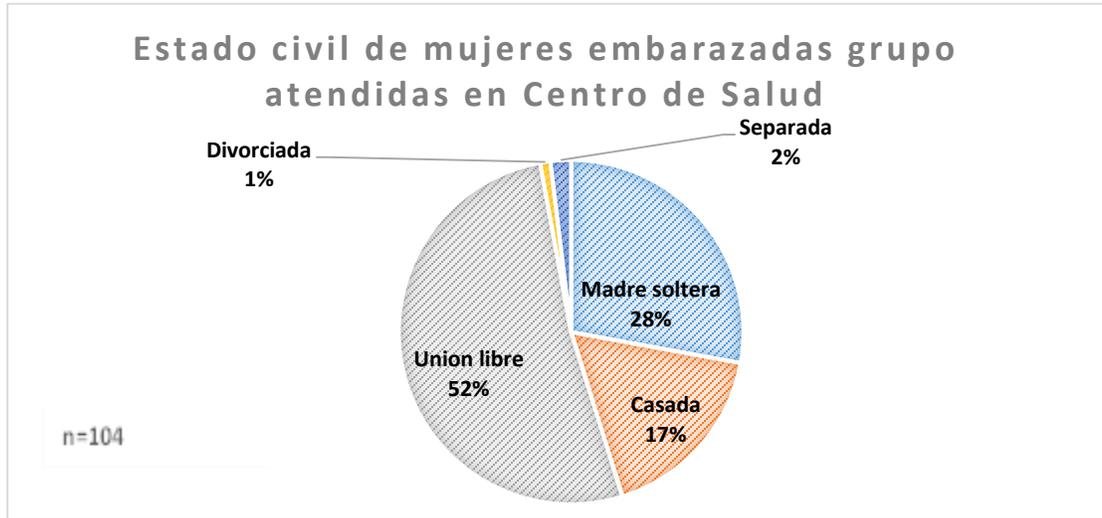


Figura 14: Estado Civil de mujeres embarazadas del grupo atendidas en Centro de Salud.

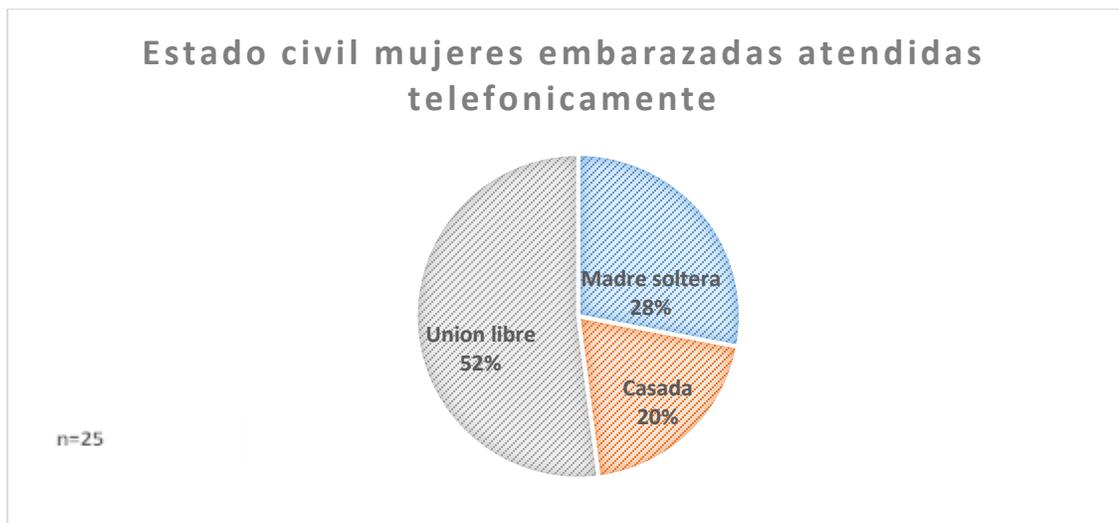


Figura 15: Estado Civil de mujeres embarazadas del grupo atendidas telefónicamente.

Con respecto a la Escolaridad, en el grupo atendido en Centro Salud encontramos que la mayor frecuencia fue de aquellas mujeres que concluyeron la secundaria con el 30.8% es decir 32 mujeres, en segundo lugar encontramos mujeres que concluyeron la Preparatoria con el 21.2% y 20.2% que tenían Preparatoria incompleta (Figura 16).

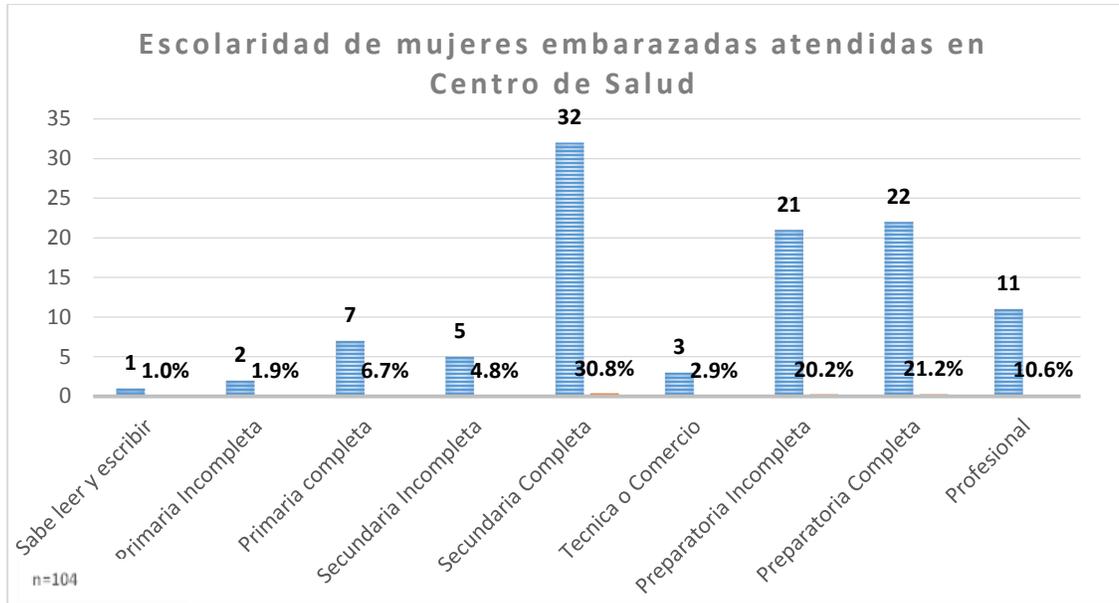


Figura 16: Escolaridad de mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud.

Para el caso de la muestra atendida telefónicamente la mayor frecuencia fue de aquellas mujeres con Preparatoria Incompleta con el 28.0% (7 mujeres), seguida de aquellas con una Carrera Técnica o Comercial con el 20.0% es decir 5 mujeres, posteriormente encontramos que aquellas mujeres que concluyeron la Preparatoria con el 16% (Figura 17).

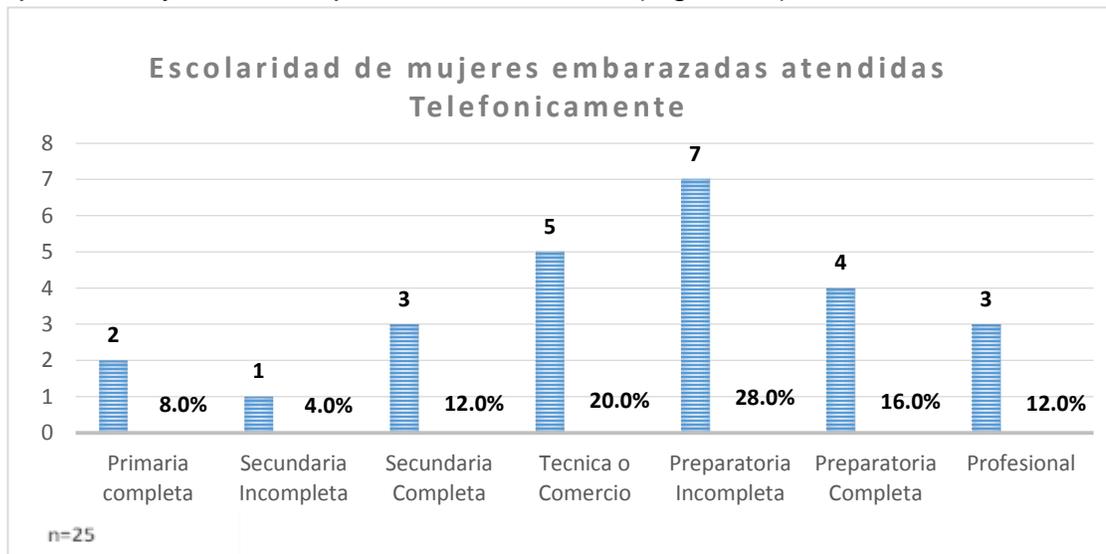


Figura 17: Escolaridad de mujeres embarazadas del grupo con tratamiento.

En la siguiente figura se muestra la Condición de Trabajo de las mujeres del Grupo atendido en Centro de Salud, siendo la más frecuente con el 77%, es decir, 80 mujeres que No laboran fuera de casa. Con respecto a las que Si trabajan fuera del hogar, se encontró un 23%, que corresponde a 24 mujeres que pasan 40 horas fuera de este o más, ya que los trabajos mencionados incluyen comerciantes, vendedoras, labores de oficina y profesionistas (Figura 18).

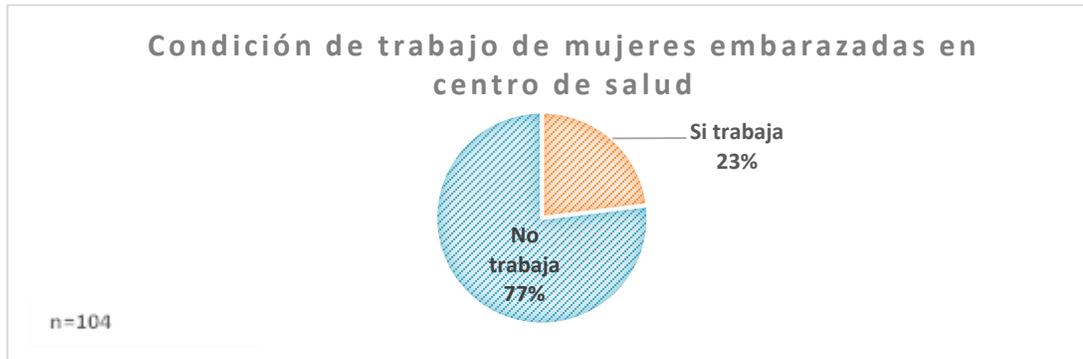


Figura 18: Condición de trabajo de las mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud.

En el Grupo de Tratamiento se vuelve a presentar la frecuencia de las mujeres que No trabajan fuera de su casa con el 68%, lo que equivale a 17 mujeres; de las que Si trabajan fuera de casa hubo un 32%, pues sólo 8 mujeres respondieron así y sus labores incluían comerciantes, vendedoras y labores de oficina (Figura 19).

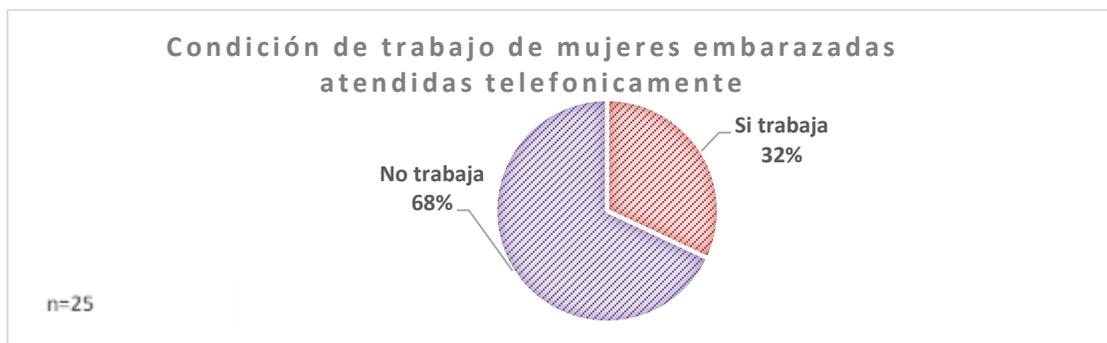


Figura 19: Condición de trabajo de las mujeres embarazadas atendidas telefónicamente.

Con respecto a Embarazos anteriores por edad en las mujeres atendidas en Centro de Salud, encontramos que la mayor frecuencia fue de aquellas que pertenecen al grupo de 18 a 21 años con 25 mujeres, siendo su primer hijo el embarazo actual (ver Tabla 3) (ver Figura 20). El segundo grupo con mayor frecuencia fueron las que pertenecen al grupo de 14 a 17 años con 14 mujeres siendo este su primer embarazo, una de las mujeres de este grupo señaló haber tenido un aborto anterior (Ver Figura 21). El tercer lugar lo ocuparon las mujeres del grupo de 22 a 25 años, con 13 mujeres con un embarazo anterior, cabe mencionar que dos mujeres de este grupo señalaron haber tenido un aborto anterior al embarazo actual (ver Figura 22).

Número de embarazos anteriores por edad Grupo Atendidas en Centro de Salud				
Edad	0 Embarazos	1 Embarazo	2 Embarazos	Más de 2
14-17	14	2	-	-
18-21	25	10	1	-
22-25	12	13	4	1
26-29	3	5	1	1
30-34	4	1	3	1
35-38	-	1	1	-
39-42	-	-	-	-
43-46	-	-	-	1
Total	n=104			

Tabla 3: Número de embarazos anteriores por edades atendidas en Centro de Salud.

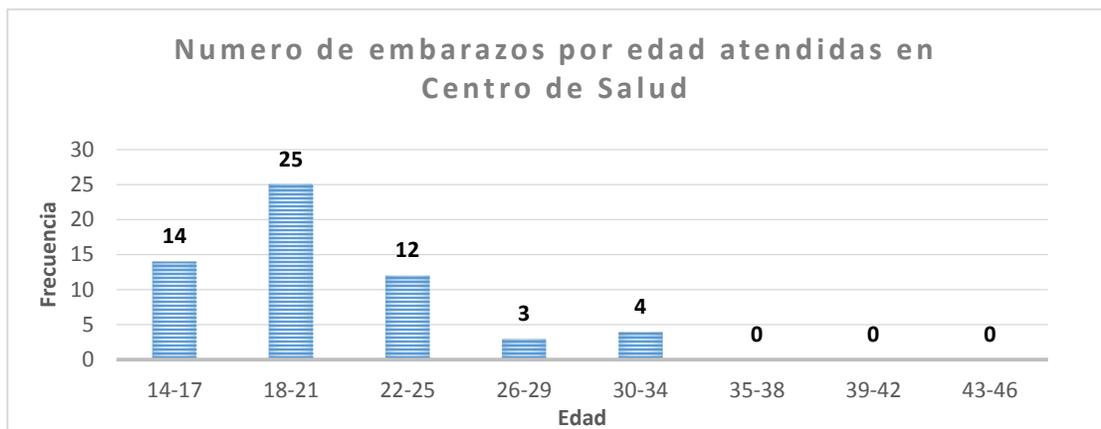


Figura 20: Embarazos por edad atendidas en Centro de Salud sin ningún embarazo.

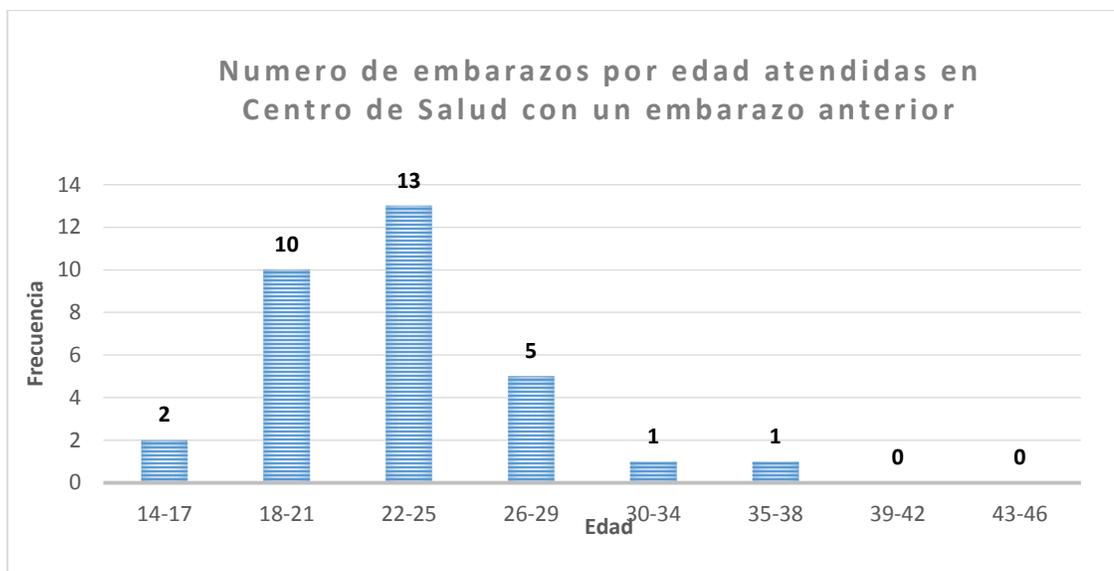


Figura 21: Embarazos por edad atendidas en Centro de Salud con un embarazo anterior.

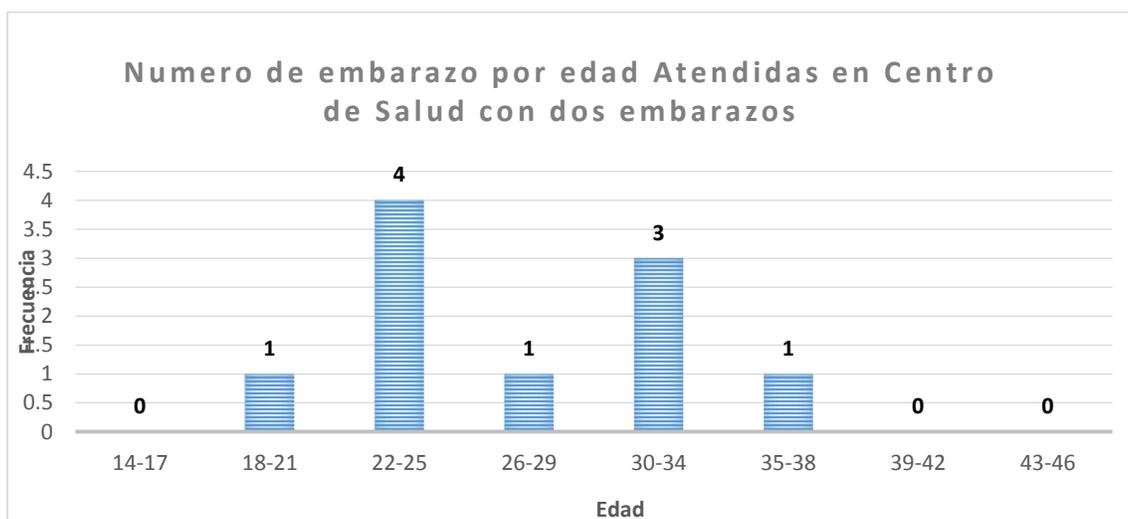


Figura 22: Embarazos por edad atendidas en Centro de Salud con dos embarazos.

Continuamos con el Grupo de atendido telefónicamente encontramos que la mayor frecuencia es en el grupo de mujeres de 17 a 20 años con 9 mujeres (ver Tabla 4), siendo este su primer embarazo; posteriormente la frecuencia recae en el grupo de 25 a 28 años con 3 mujeres (Figura 23).

Número de embarazos anteriores por edad de mujeres Embarazadas Atendidas Telefónicamente				
Edad	0 Embarazos	1 Embarazo	2 Embarazos	Más de 2
17-20	9	1	-	-
21-24	2	2	-	-
25-28	3	1	1	-
29-32	-	1	-	-
33-36	-	1	-	-
37-40	-	-	1	2
41-44	-	1	-	-
Total	n=25			

Tabla 4: Número de embarazos anteriores por edad de mujeres Embarazadas Atendidas Telefónicamente.



Figura 23: Embarazos por edad de mujeres atendidas telefónicamente y sin ningún embarazo anterior.

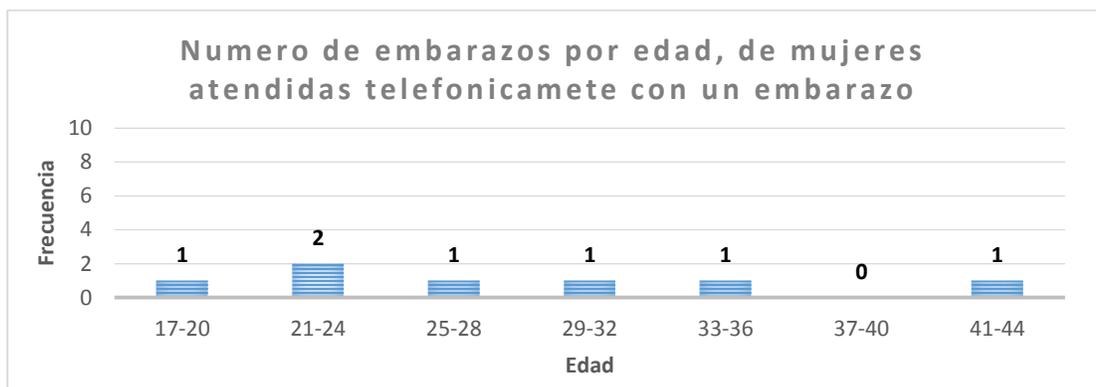


Figura 24: Embarazos por edad de mujeres atendidas telefónicamente con un embarazo anterior.

En relación al Periodo Gestacional en el que se encontraron a las mujeres de las mujeres atendidas en Centro de Salud, en el momento de la entrevista, la mayor frecuencia se encontró en el tercer trimestre con el 21.2%, es decir, 22 mujeres con 7 meses de embarazo; el segundo lugar lo ocuparon las mujeres que se encontraban en el segundo trimestre (6 meses de gestación) con el 19.2%, que equivale a 19 mujeres (ver Tabla 5).

Periodo Gestacional mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud			
Trimestre	Meses de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
1	1	1	1.0%
	2	4	3.8%
	3	4	3.8%
2	4	13	12.5%
	5	19	18.3%
	6	20	19.2%
3	7	22	21.2%
	8	16	15.4%
	9	5	4.8%
Total		n=104	100.0%

Tabla 5: Periodo gestacional de mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud.

Para el Atendidas Telefónicamente la mayor frecuencia en relación a los meses de embarazo se encontró en el tercer trimestre: 24% con 8 meses de embarazo, es decir, 6 mujeres. El segundo lugar fue para el segundo trimestre con cinco meses de embarazo, donde se encontraron 5 mujeres (ver Tabla 6).

Periodo Gestacional mujeres embarazadas Atendidas telefónicamente			
Trimestre	Meses de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
1	1	0	0.0%
	2	0	0.0%
	3	2	8.0%
2	4	4	16.0%
	5	3	12.0%
	6	5	20.0%
3	7	4	16.0%
	8	6	24.0%
	9	1	4.0%
Total		n=25	100.0%

Tabla 6: Periodo gestacional de mujeres embarazadas atendidas telefónicamente.

5.1.1 Factores condicionantes básicos

Con respecto a la Asistencia al control prenatal de las mujeres atendidas en Centro de Salud, el 96% respondió que asistían regularmente a su control prenatal, es decir, 100 mujeres, mientras que sólo el 4% no acudían regularmente debido a diversas circunstancias (4 mujeres) (ver Figura 25).

Para el grupo atendido telefónicamente, el 100% (25 mujeres) acudían regularmente a su control además de estar recibiendo intervención psicoeducativa por teléfono.

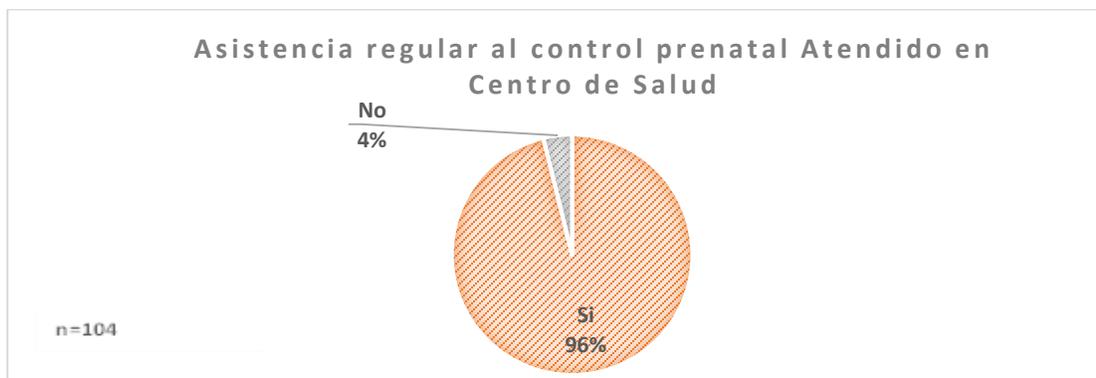


Figura 25: Asistencia regular al control prenatal grupo atendido en Centro de Salud.

En los Cuidados y ayuda proporcionados a las mujeres para las que asisten al Centro de Salud, la mayor frecuencia fue por parte de los familiares con el 49 %, es decir, 51 mujeres, seguida por el esposo, con 30%, esto es, 31 mujeres; el 17% comentaron recibir ayuda de sus familiares y esposo (18 mujeres) y el 4% comentaron que de nadie (4 mujeres) (ver Figura 26)

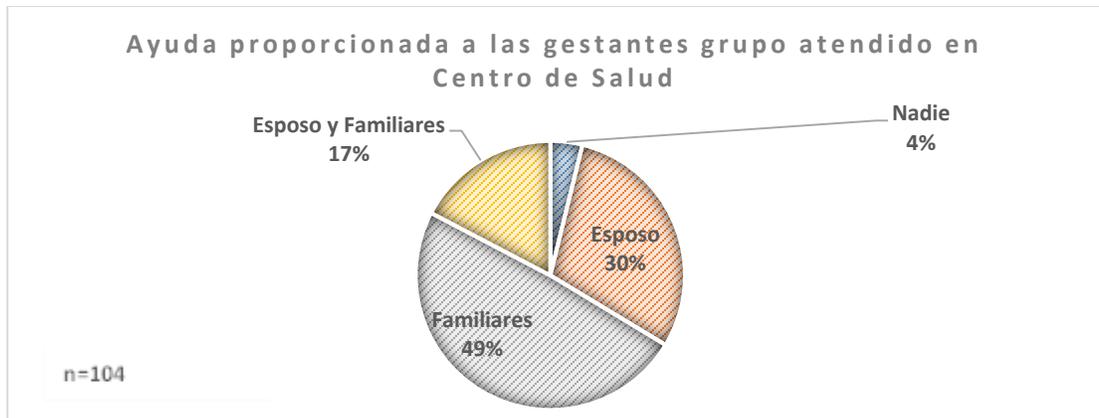


Figura 26: Ayuda proporcionada a las gestantes atendidas en Centro de Salud.

Para el Grupo atendido telefónicamente encontramos que la Ayuda proporcionada a las gestantes nuevamente fue muy similar al grupo sin tratamiento, con un 48%, es decir, 12 mujeres, seguido del esposo con 32% (8 mujeres) y 5 mujeres respondieron que recibían ayuda tanto de esposo como de familiares (20%) (Ver Figura 27)

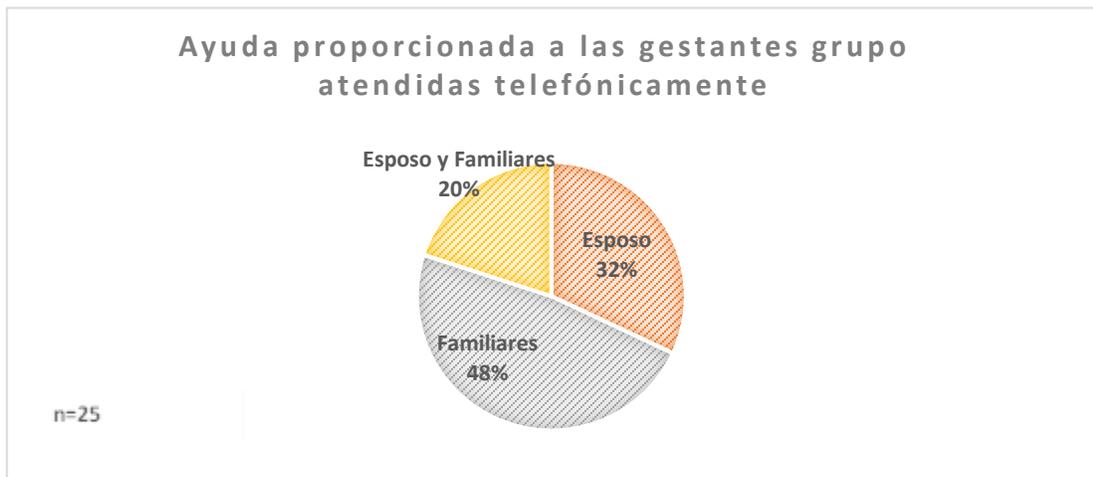


Figura 27: Ayuda proporcionada a las gestantes atendidas telefónicamente.

Con respecto a los Cambios observados en la forma de comer en las mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud, la mayor frecuencia correspondió al 62%, Haber incrementado su alimentación esto es 64 mujeres, el 18% manifestó no haber observado cambios esto es 19 mujeres, seguido de haber disminuido su alimentación con el 17% es decir 18 mujeres

y solo el 2.9% manifestó haber mejorado la calidad de sus alimentos 3 mujeres. (Figura 28).

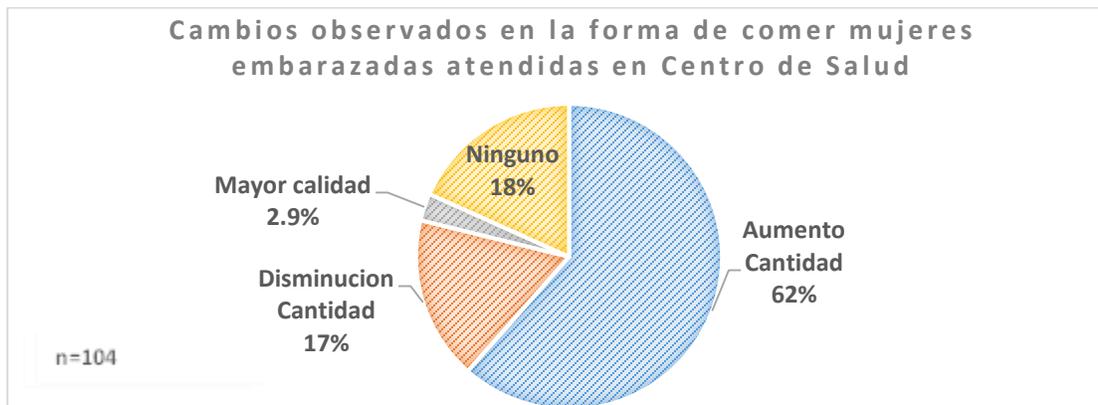


Figura 28: Cambios observados en la forma de comer de las mujeres embarazadas.

En el grupo atendido telefónicamente se encontraron los siguientes resultados: 10 mujeres manifestaron que observaron incremento en su alimentación, lo que representa el 40%; el 32% mejoró la calidad de su alimentación al saberse embarazada, esto es, 8 mujeres. En cuanto en la disminución en la alimentación, se registró un 16% (4 mujeres) y no haber notado ningún cambio en su forma de comer reportó el 12%, esto es, 3 mujeres (Figura 29).



Figura 29: Cambios observados en la forma de comer de las mujeres embarazadas atendidas telefónicamente.

Los alimentos mencionados por las mujeres embarazadas del grupo telefónico fueron diversos, obteniéndose 30 alimentos diferentes (Ver Figura 30).

La muestra atendida telefónicamente las mujeres comentaron 21 alimentos diferentes. Cabe mencionar la diferencia de porcentaje de alimentos, dado que las muestras no son equivalentes. (Ver Figura 31)

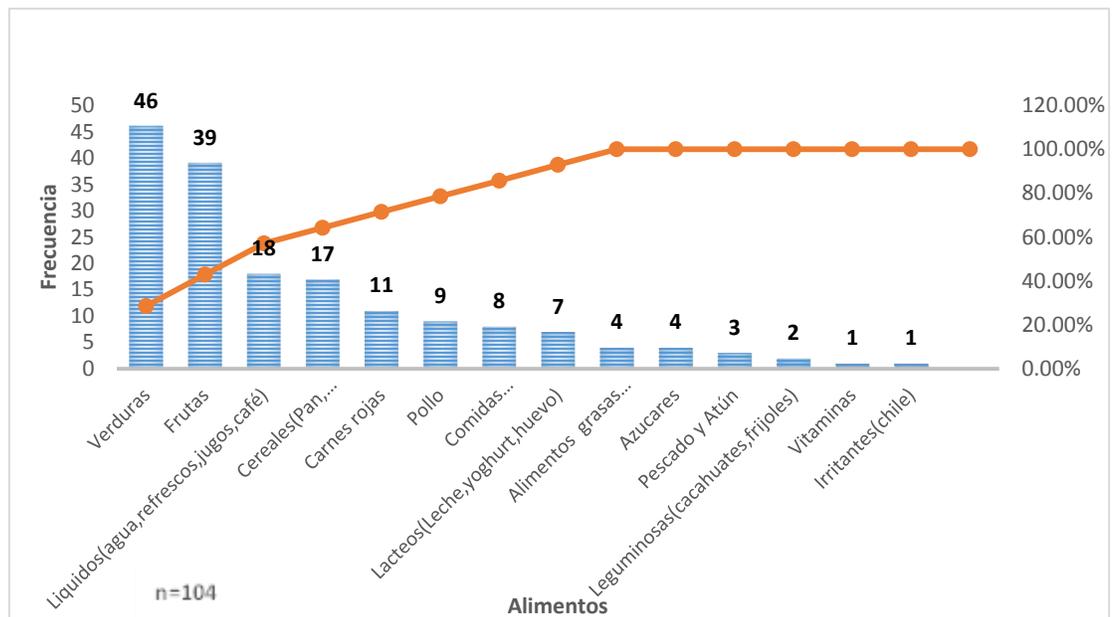


Figura 30: Alimentos mencionados por las mujeres de la muestra atendida en Centro de Salud.

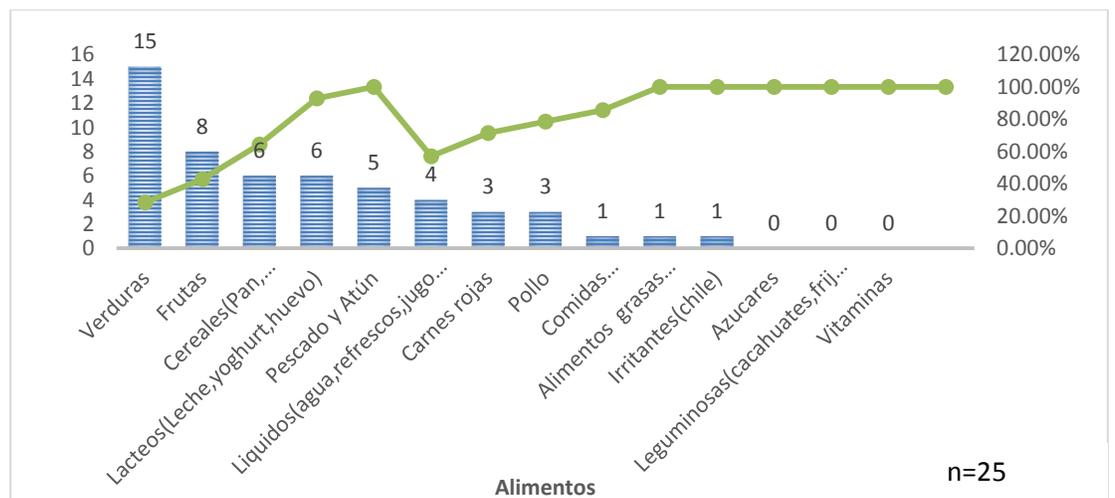


Figura 31: Alimentos mencionados por las mujeres atendidas telefónicamente.

Acerca de la Opinión en la calidad en la atención proporcionada en los Centros de Salud, el 60.6% de la muestra sin tratamiento (63 mujeres) comentaron que fue Buena y el 20.2% (21 mujeres) comentaron que fue muy buena (Figura 32)

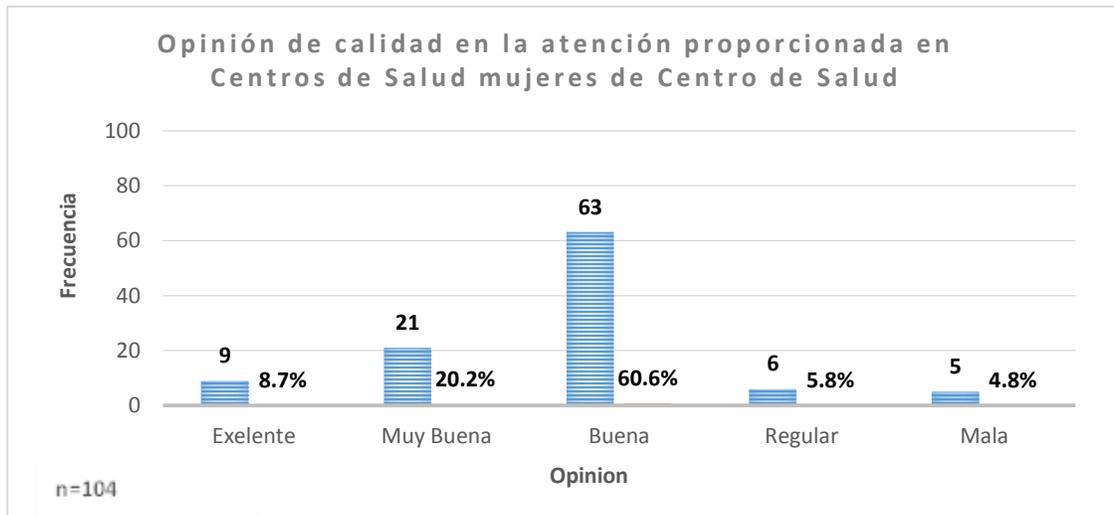


Figura 32: Opinión acerca de la calidad en la atención proporcionada en los Centros de Salud.

En el caso de las mujeres atendidas telefónicamente, el 36% de las mujeres mencionaron que fue buena, lo que equivale a 9 mujeres, seguido de un 28% que opinó que fue muy buena, esto es, 7 mujeres (Figura 33).

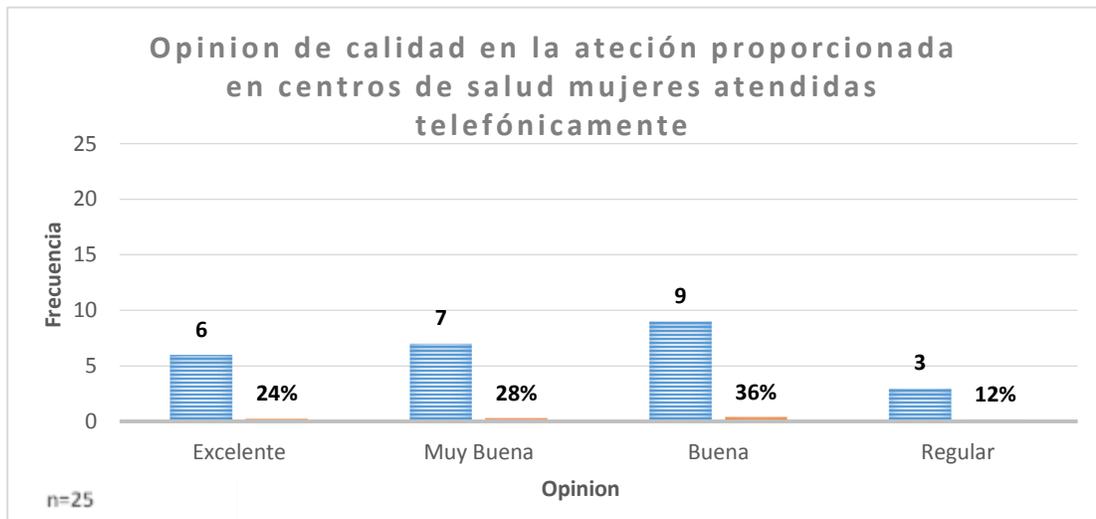


Figura 33: Opinión acerca de la calidad en la atención expresada de mujeres atendidas telefónicamente.

El 86% de las mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud, contaban con servicios de salud como el Seguro Popular, otorgado por el Gobierno de la República; el 10% de las mujeres contaban con el servicio de gratuidad otorgado por el Gobierno del Distrito Federal y solo el 4% de las mujeres no contaban con servicios de salud y/o se encuentran en trámite. Para el grupo de tratamiento, las 25 mujeres contaban con servicios de salud como lo es el Seguro Popular (Figura 34).

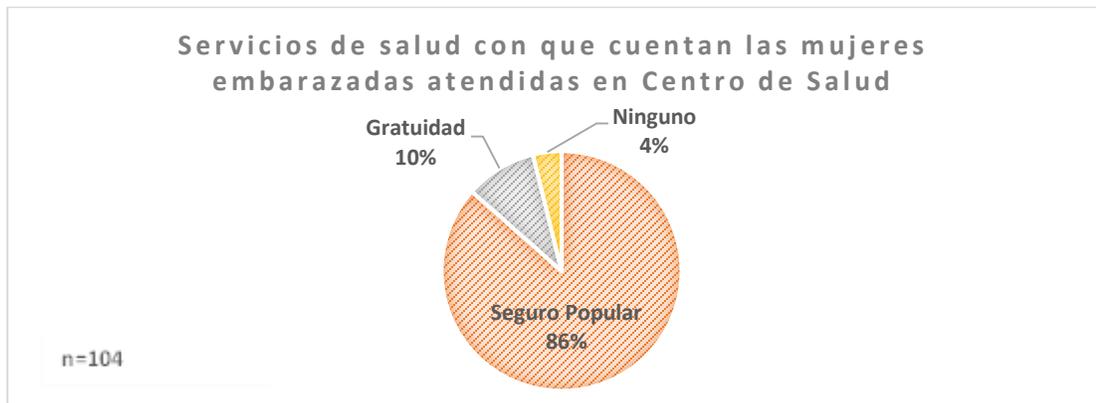


Figura 34: Servicios de salud con que cuentan las mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud.

En cuanto a la forma de vestir de las mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud el 75% realizó cambios, lo que corresponde a 78 mujeres; mientras que las que no realizaron cambios corresponde al 25 %, esto es, 26 mujeres (Figura 35).

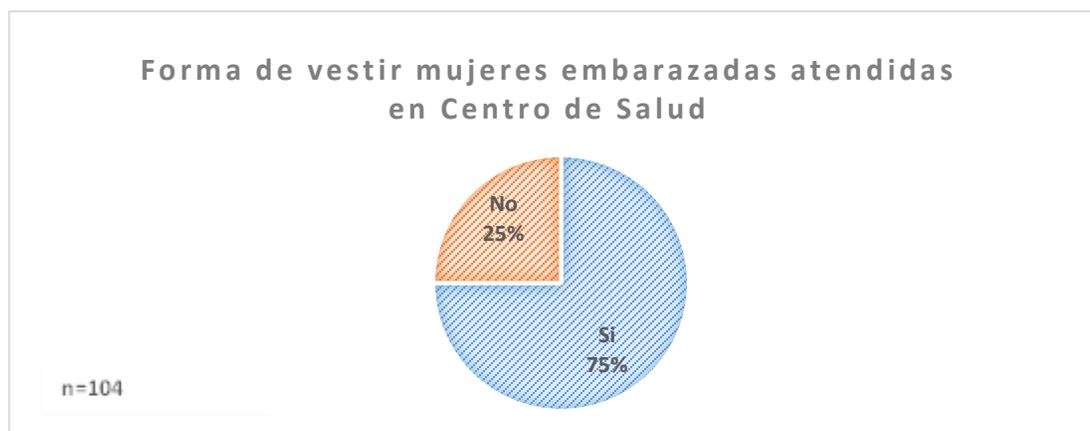


Figura 35: Modificación de forma de vestir de las mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud.

De las mujeres atendidas telefónicamente, modificaron su vestimenta el 80% y solo el 20% no realizó ninguna modificación (Figura 36).

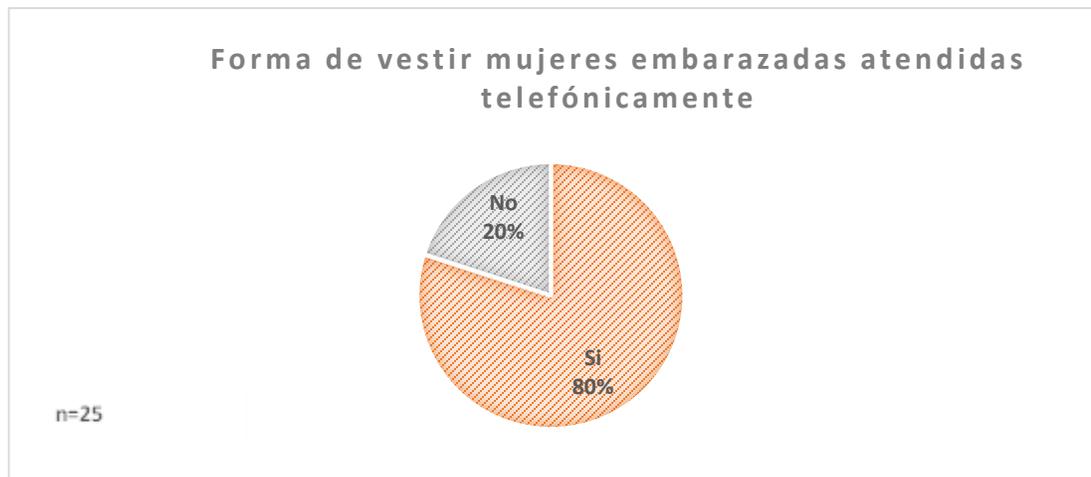


Figura 36: Modificación de forma de vestir de las mujeres embarazadas del grupo atendido telefónicamente.

Respecto a Realizar una actividad física durante el embarazo, las mujeres atendidas en Centro de Salud respondieron con el 67%, (70 mujeres) no realizar ninguna actividad física, seguido del 11% esto es 12 mujeres realizaban diariamente alguna actividad física, rara vez se ubica con 9% con 9 mujeres, algunas veces con el 8% que equivale a 8 mujeres, y por ultimo frecuentemente con el 5%(5 mujeres) (Figura 37).

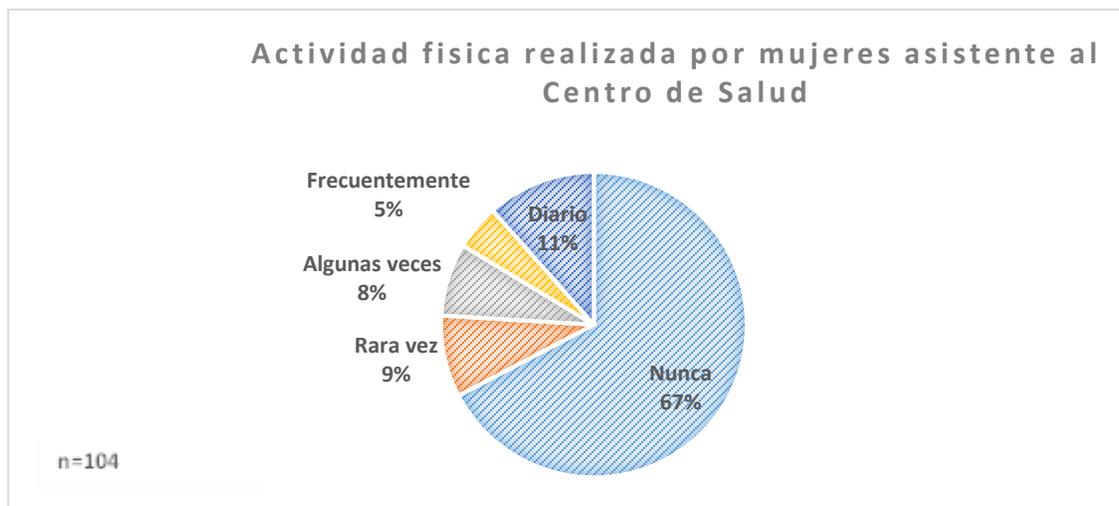


Figura 37: Actividad física realizada por las mujeres embarazadas asistente al Centro de Salud.

Para el caso de las mujeres atendidas telefónicamente la mayor frecuencia de actividad física, se observó en aquellas que lo realizaban algunas veces alcanzando el 40% lo que corresponde a 10 mujeres, seguido del 24% con la opción de rara vez lo que equivale a 6 mujeres, el 20% (5 mujeres) nunca realizan una actividad y solo el 8% (2 mujeres) al igual que diario 8% realizan alguna actividad esto es 2 mujeres respectivamente. (Figura 38).

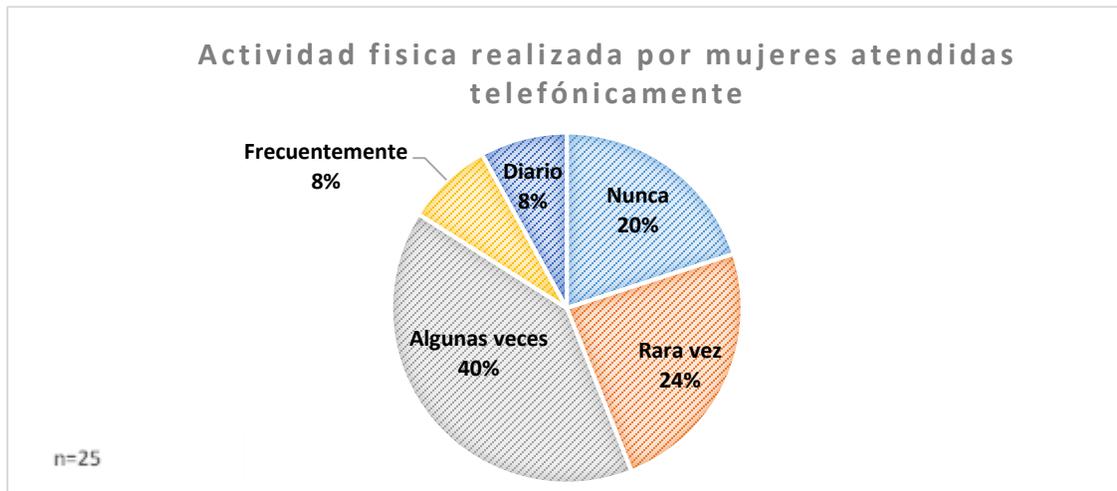


Figura 38: Actividad física realizada por las mujeres embarazadas atendidas telefónicamente.

Al preguntar sobre la Costumbre de ingerir bebidas alcohólicas, las mujeres embarazadas asistentes al Centro de Salud respondieron negativamente en un 93%, esto es, 97 mujeres no acostumbra beber y solo el 7% de las mujeres contestaron que si bebían, estas mismas mujeres comentaron que sus hábitos respecto al consumo estaban disminuyendo o se habían eliminado en el momento de saberse embarazadas (Figura 39).

En el caso de las mujeres atendidas telefónicamente, las 25 mujeres manifestaron que no ingerían alcohol.

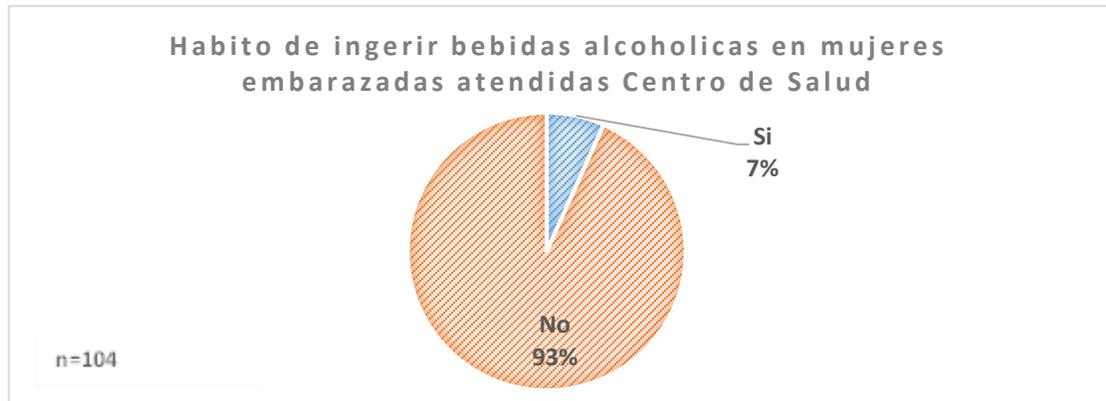


Figura 39: Hábito de ingerir bebidas alcohólicas en mujeres atendidas en Centro de Salud.

Con respecto a la asistencia al médico por las mujeres embarazadas en la muestra que asiste al Centro de Salud, la media fue de 4.9 visitas, para las mujeres que recibieron el servicio telefónico, el promedio fue de 5.83 visitas en el presente embarazo.

Al preguntar sobre las ocasiones que consideraba que debe acudir al control la mujer en un embarazo, sus opiniones fueron las siguientes: el 76% de las mujeres consideran que se debe acudir al médico al inicio y cada mes, lo que representa a 79 mujeres; 21 mujeres consideraron que solo al inicio y al final 20%, solo el 1% de las mujeres mencionaron cada tres meses y cuando necesite su pase al hospital y el 2% cuando se sienta mal (Figura 40).

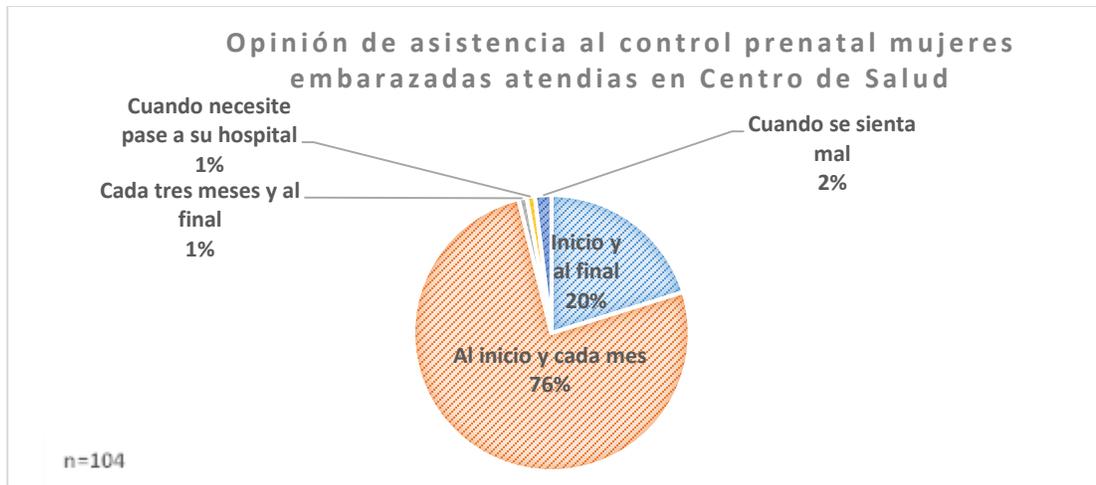


Figura 40: Opinión expresada acerca de la asistencia al control prenatal de las mujeres embarazadas que asisten a Centro de Salud.

Para el caso de las mujeres atendidas telefónicamente, estas consideran que la asistencia al médico durante el embarazo debe de ser al inicio y cada mes con el 52% lo que corresponde a 13 mujeres, y al inicio y al final con el 48% lo que pertenece a 12 mujeres (Figura 41)



Figura 41: Opinión expresada acerca de la asistencia al control prenatal de las mujeres embarazadas atendidas telefónicamente.

Al preguntar a las mujeres embarazadas si consideraban, si se han tenido varios hijos ya se sabe cómo cuidar un embarazo la opinión es muy similar en ambos grupos como lo muestra la siguiente (Figura 42)

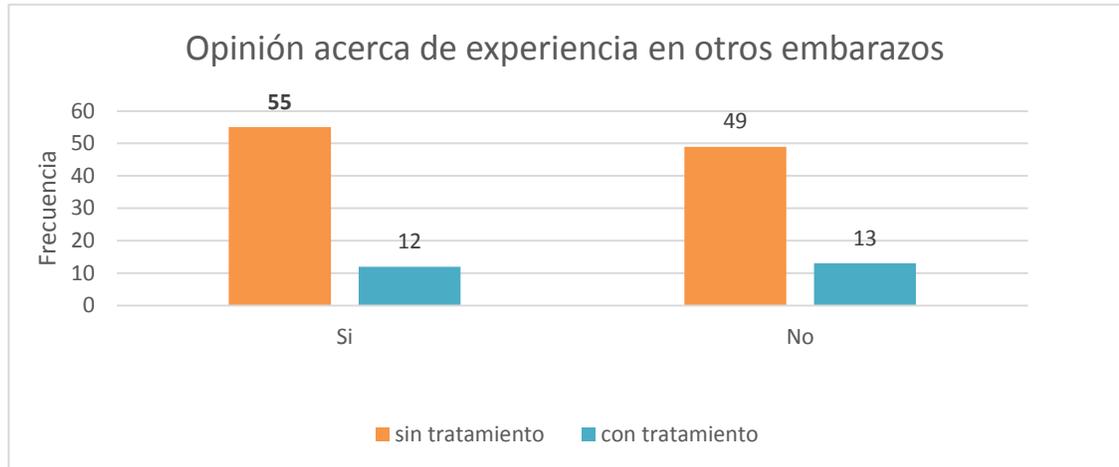


Figura 42: Comparación de opinión acerca de experiencia en otros embarazos.

Con respecto a los cuidados y apoyo a otras embarazadas de igual manera encontramos similitudes en ambos grupos siendo la frecuencia mayor no haber experimentado apoyo a mujeres embarazadas como lo muestra la Figura 43.

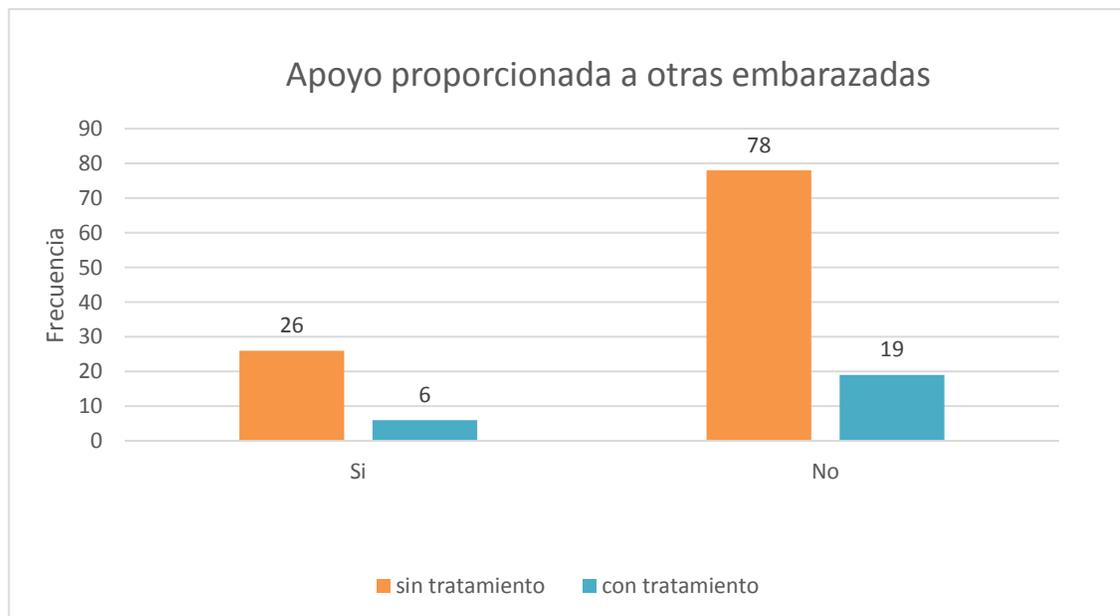


Figura 43: Apoyo proporcionado a otras mujeres embarazadas.

Para concluir respecto al peso, se realizaron dos preguntas la primera si sabía cuánto había aumentado de peso (ver Figura 44), y la segunda si sabía si el aumento estaba de acuerdo con los meses del embarazo en ambos grupos las respuestas fueron favorables (ver Figura 45).

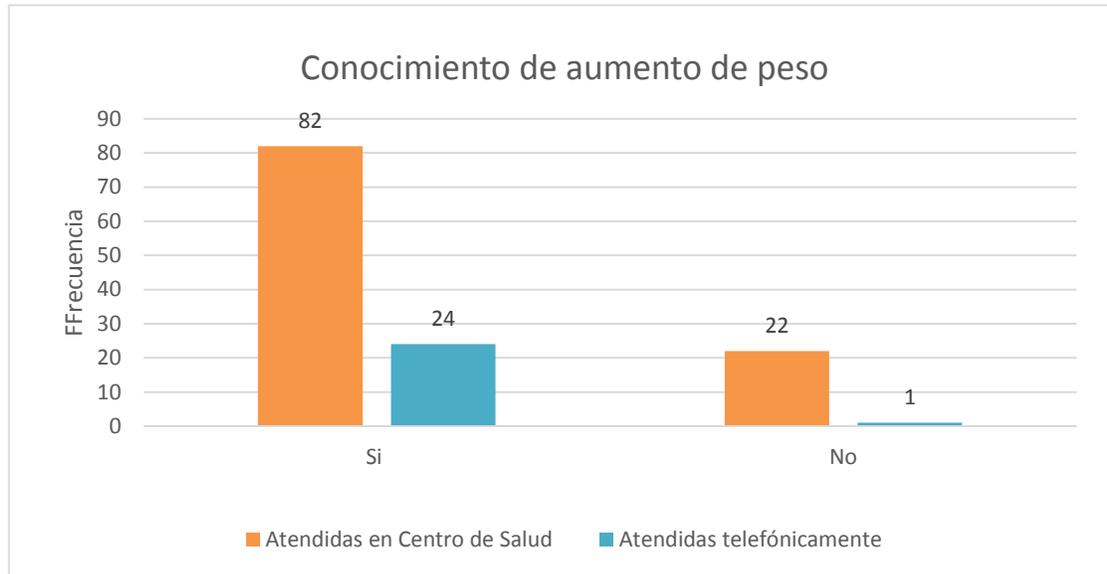


Figura 44: Comparación de grupos acerca del conocimiento de aumento de peso.

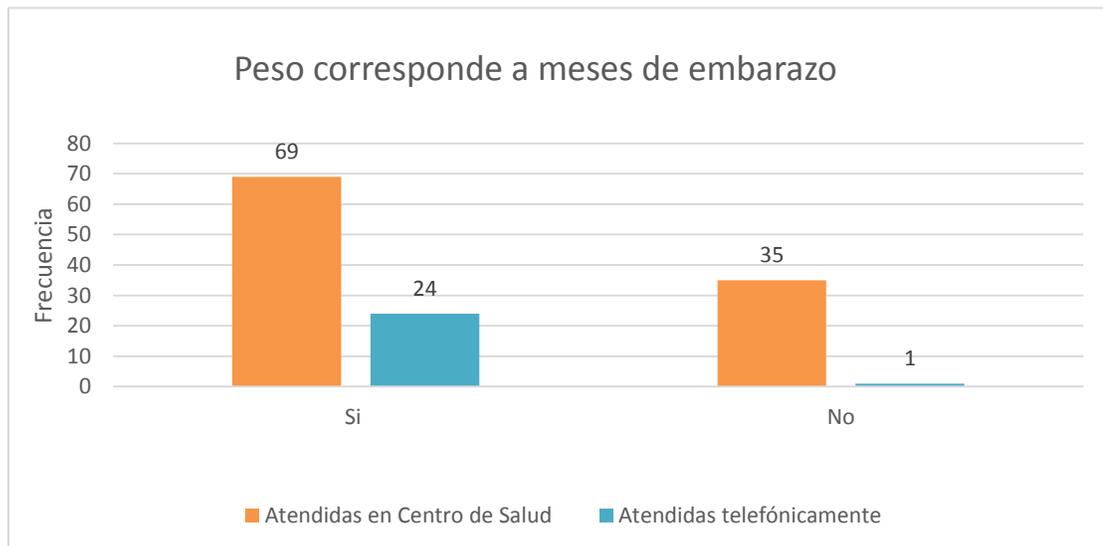


Figura 45: Comparación de grupos en relación al peso corresponde a los meses de embarazo.

5.2 Análisis Descriptivo

Con el propósito de conocer las medias de las muestras por variable, se procederá a estimar las puntuaciones de estadística descriptiva del Estado de salud. Para este análisis se tomaron en cuenta ambas muestras completas. En este caso, se encontró la media más alta en las mujeres atendidas en Centro de Salud, con 36.18 puntos contra 35.48 de las mujeres atendidas telefónicamente (Ver tabla 7 y Figura 46).

		Estadísticos	
		Estado de salud Control	Estado de salud Experimental
N	Válidos	104	25
	Perdidos	65	144
Media		36.18	35.48
Mediana		36.00	35.00
Moda		38	39
Desv. típ.		5.349	5.100
Varianza		28.617	26.010
Rango		23	22
Mínimo		25	23
Máximo		48	45
Suma		3763	887
Percentiles	25	32.25	32.50
	50	36.00	35.00
	75	40.00	39.00

Tabla 7: Variable Estado de Salud en ambas muestras

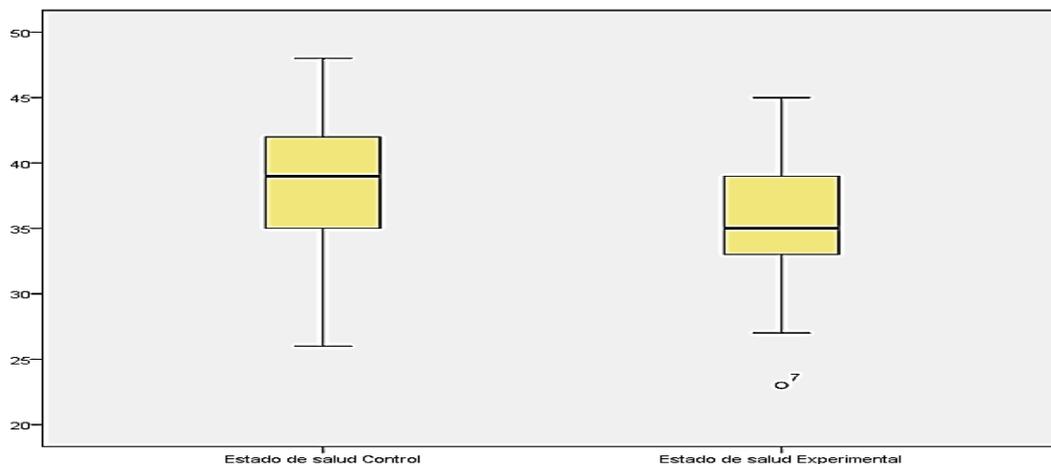


Figura 46: Grafica de caja y bigotes de la variable Estado de Salud

En cuanto a la comparación de medias con respecto a la variable de Autocuidado, la media más alta se encontró en la muestra atendido telefónicamente obteniendo 95.92 puntos, en comparación de las mujeres sin tratamiento, con 95.62 puntos; cabe mencionar que ambas medias son muy similares (Ver Tabla 8 y Figura 47).

		Autocuidado Control	Autocuidado Experimental
N	Válidos	104	25
	Perdidos	65	144
Media		95.62	95.92
Mediana		94.00	97.00
Moda		94	106
Desv. típ.		10.365	9.975
Varianza		107.443	99.493
Rango		52	37
Mínimo		72	77
Máximo		124	114
Suma		9944	2398
Percentiles	25	89.00	88.50
	50	94.00	97.00
	75	101.75	104.50

Tabla 8: Variable Autocuidado en ambas muestras

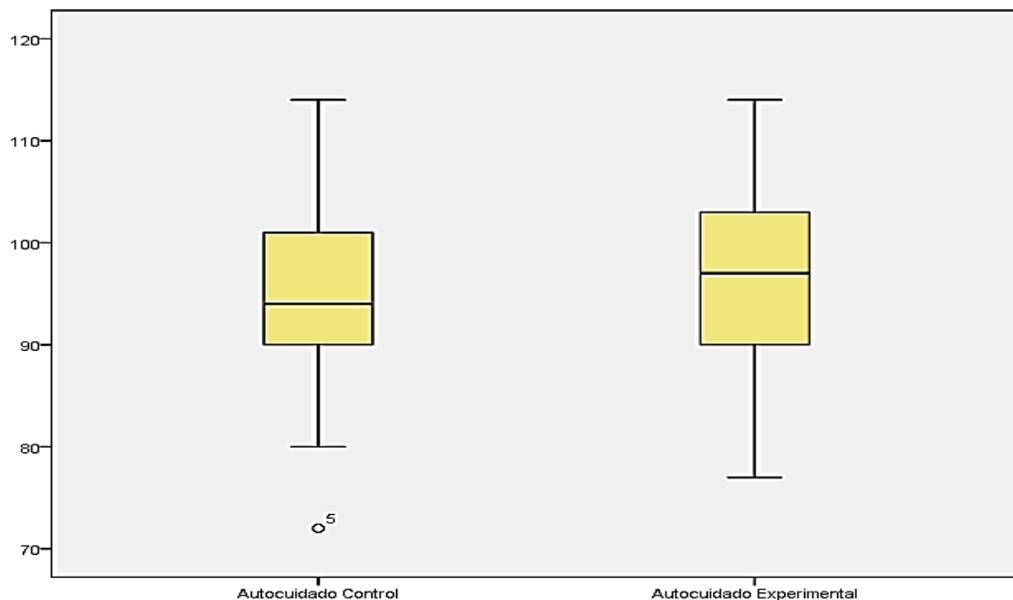


Figura 47: Grafica de caja y bigotes de la variable Estado de Salud

Con respecto a la comparación de medias de la Actitud hacia el embarazo, la media más alta se encontró en mujeres pertenecientes al grupo atendido en Centro de Salud con 124.29 puntos, en tanto que la media obtenida de mujeres con tratamiento fue de 120.69 puntos, como lo muestra la Tabla 9.

Estadísticos

		Actitud hacia embarazo control	Actitud hacia embarazo experimental
N	Válidos	56	13
	Perdidos	113	156
Media		124.29	120.69
Mediana		121.00	123.00
Moda		121	111
Desv. típ.		18.111	15.146
Varianza		328.026	229.397
Rango		71	56
Mínimo		85	93
Máximo		156	149
Suma		6960	1569
Percentiles	25	111.25	111.00
	50	121.00	123.00
	75	140.75	129.00

Tabla 9: Variable Capacidad de autocuidado en ambas muestras considerando solo las mujeres que contaban con este instrumento.

Por otra parte, y con la intención de conocer las medias de las muestras y el grado de relación entre las variables de Autocuidado y Estado Civil, para este análisis se utilizaron en su totalidad ambas muestras; es decir 129 mujeres. Se encontró la media más alta en madres solteras con el 97.74 y mayor dispersión de los datos a partir del promedio, seguido de las mujeres

en unión libre de 94.40 y por último las mujeres casadas, con una media de 93.21 (Ver Tabla 10 y Figura 48)

Descriptivos ^{a,b}				Estadístico	Error típ.	
Autocuidado	Estado civil			97.74	2.172	
		Madre soltera	Media	97.74	2.172	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	93.24		
			Límite superior	102.24		
		Media recortada al 5%		97.54		
		Mediana		95.00		
		Varianza		108.474		
		Desv. típ.		10.415		
		Mínimo		82		
		Máximo		117		
		Rango		35		
		Amplitud intercuartil		20		
		Asimetría		.278	.481	
		Curtosis		-1.032	.935	
		Casada			93.21	2.400
			Media		93.21	2.400
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	88.03		
			Límite superior	98.40		
		Media recortada al 5%		92.85		
		Mediana		93.00		
		Varianza		80.643		
		Desv. típ.		8.980		
		Mínimo		77		
		Máximo		116		
		Rango		39		
		Amplitud intercuartil		11		
		Asimetría		.890	.597	
		Curtosis		2.738	1.154	
		Unión libre			94.40	2.331
			Media		94.40	2.331
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	89.63		
			Límite superior	99.17		
		Media recortada al 5%		93.96		
	Mediana		93.50			
	Varianza		162.938			
	Desv. típ.		12.765			
	Mínimo		74			
	Máximo		124			
	Rango		50			
	Amplitud intercuartil		18			
	Asimetría		.493	.427		
	Curtosis		-.292	.833		

a. Autocuidado es una constante cuando Estado civil = Divorciada y se ha desestimado.
 b. Autocuidado es una constante cuando Estado civil = Separada y se ha desestimado.

Tabla 10: Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Estado Civil

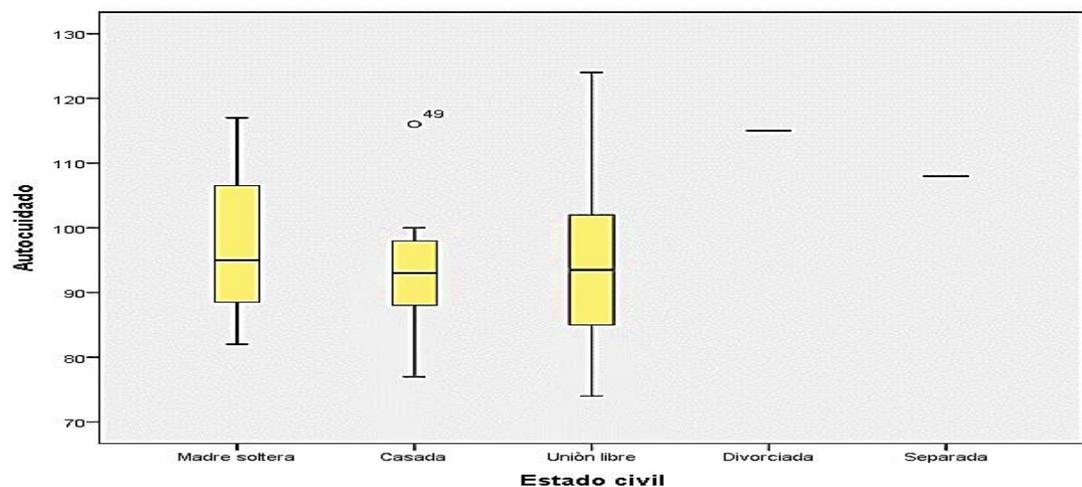


Figura 48: Gráfica de caixa y bigotes grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Estado Civil

Con respecto con la Actitud hacia el embarazo y Estado civil, la media más alta se encontró en las mujeres casadas con el 128.57 puntos, seguido de las mujeres que viven en unión libre con 126.43 y, por último, las mujeres solteras con 117.91 puntos. Los dos primeros grupos son semejantes en cuanto a la dispersión, en caso de las mujeres solteras la dispersión es semejante entre los datos ya que se encuentra en el primer cuartil de la barra (ver Figura 11 y Tabla 49).

Descriptivos ^{a, b}					
Estado civil			Estadístico	Error típ.	
Actitud hacia embarazo	Madre soltera	Media	117.91	2.608	
		Intervalo de confianza para la media al 95%			
			Límite inferior	112.50	
			Límite superior	123.32	
		Media recortada al 5%		117.99	
		Mediana		117.00	
		Varianza		156.447	
		Desv. típ.		12.508	
		Mínimo		93	
		Máximo		141	
		Rango		48	
		Amplitud intercuartil		17	
		Asimetría		.061	.481
		Curtosis		-.346	.935
	Casada	Media	128.57	4.672	
		Intervalo de confianza para la media al 95%			
			Límite inferior	118.48	
			Límite superior	138.67	
		Media recortada al 5%		129.25	
		Mediana		130.00	
		Varianza		305.648	
		Desv. típ.		17.483	
		Mínimo		92	
		Máximo		153	
		Rango		61	
		Amplitud intercuartil		37	
		Asimetría		-.676	.597
		Curtosis		-.173	1.154
	Unión libre	Media	126.43	3.467	
		Intervalo de confianza para la media al 95%			
			Límite inferior	119.34	
			Límite superior	133.52	
		Media recortada al 5%		126.69	
		Mediana		124.00	
		Varianza		360.599	
		Desv. típ.		18.989	
		Mínimo		92	
		Máximo		156	
		Rango		64	
		Amplitud intercuartil		32	
		Asimetría		-.166	.427
		Curtosis		-1.110	.833

a. Actitud hacia embarazo es una constante cuando Estado civil = Divorciada y se ha desestimado.
b. Actitud hacia embarazo es una constante cuando Estado civil = Separada y se ha desestimado.

Tabla 11: Grado de relación de medias entre las variables Actitud ante embarazo y Estado Civil

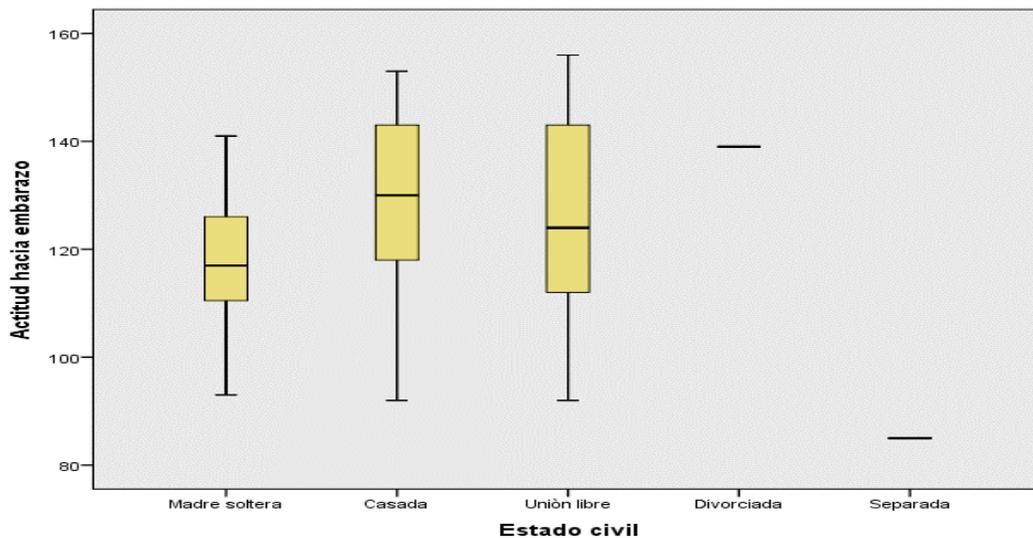


Figura 49: Gráfica de caja y bigotes grado de relación de medias entre las variables Actitud ante el embarazo y Estado Civil.

En cuanto a la capacidad de Autocuidado y la Relación, si la pareja vive con la mujer embarazada la media es de 94 puntos, mientras que la media es más alta cuando no vive su pareja (98.52 puntos), aunque en la gráfica de caja y bigotes la dispersión de los datos en las mujeres que viven con su pareja es mayor (Ver Tabla 12 y Figura 50)

Descriptivos				Estadístico	Error tít.	
Autocuidado	Vive con su pareja					
	Si	Media		94.00	1.809	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior		90.35	
			Límite superior		97.65	
		Media recortada al 5%		93.56		
		Mediana		93.00		
		Varianza		137.415		
		Desv. tít.		11.722		
		Mínimo		74		
		Máximo		124		
		Rango		50		
		Amplitud intercuartil		13		
		Asimetría		.610	.365	
		Curtosis		.169	.717	
		No	Media		98.52	2.049
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior		94.31
	Límite superior				102.73	
	Media recortada al 5%			98.40		
	Mediana			97.00		
	Varianza			113.336		
	Desv. tít.			10.646		
	Mínimo			82		
	Máximo			117		
	Rango			35		
	Amplitud intercuartil			21		
	Asimetría			.126	.448	
	Curtosis		-1.184	.872		

Tabla 12: Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Vive con su pareja.

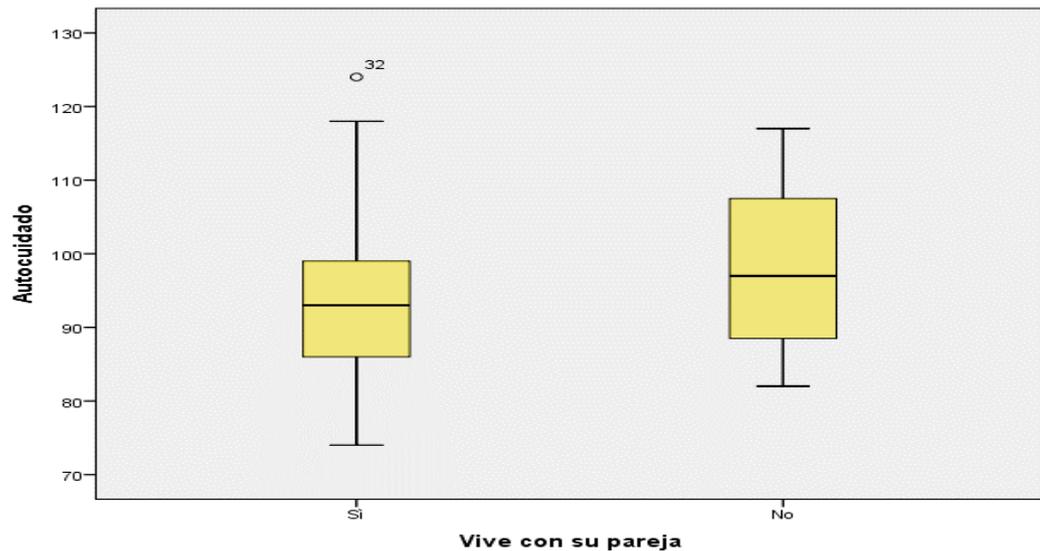


Figura 50: Gráfica de caja y bigotes grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Vive con su pareja.

En cuanto a la Actitud hacia el embarazo, la puntuación aumenta cuando la pareja se encuentra presente, obteniendo una media de 127.43 puntos, mientras que aquellas mujeres que no viven con su pareja tienen una media de 117.67 (Ver Tabla 13). Por otro lado, la dispersión de los datos se encuentra más presente en las mujeres que viven en con su pareja Figura 51.

Descriptivos			Estadístico	Error típ.	
Actitud hacia embarazo	Vive con su pareja				
	Sí	Media	127.43	2.881	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	121.61	
			Límite superior	133.25	
		Media recortada al 5%	127.86		
		Mediana	130.00		
		Varianza	348.544		
		Desv. típ.	18.669		
		Mínimo	92		
		Máximo	156		
		Rango	64		
		Amplitud intercuartil	31		
		Asimetría	-.342	.365	
		Curtosis	-.998	.717	
	No	Media	117.67	2.688	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	112.14	
			Límite superior	123.19	
		Media recortada al 5%	118.06		
		Mediana	118.00		
		Varianza	195.154		
		Desv. típ.	13.970		
		Mínimo	85		
		Máximo	142		
Rango		57			
Amplitud intercuartil	17				
Asimetría	-.280	.448			
Curtosis	.030	.872			

Tabla 13: Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Vive con su pareja.

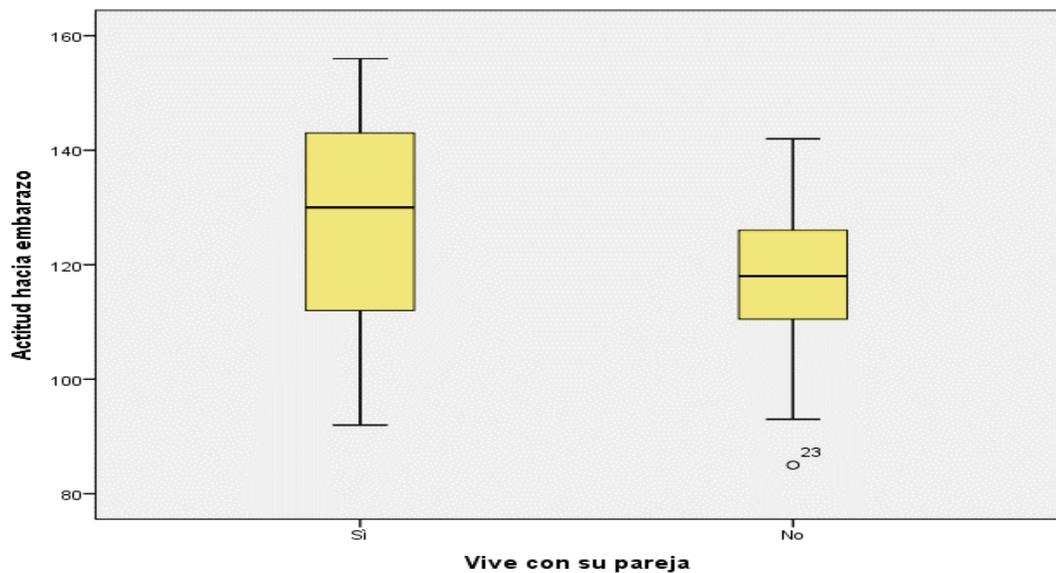


Figura 51: Gráfica de caja y bigotes grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Vive con su pareja.

Continuando con el análisis, la variable de Autocuidado en relación con la Escolaridad mostró una media más alta en aquellas mujeres que cuentan con un nivel educativo Profesional (101.50 puntos), seguido de Preparatoria concluida, con 99.85, Preparatoria incompleta con 96.28, Técnica o comercial con 94.25, Secundaria completa con 92.06, Secundaria incompleta con 89.25 y Primaria completa 91.33, como lo muestra la Tabla 14.

Descriptivos ^{a, b}						
Autocuidado	Escolaridad		Estadístico	Error tip.		
Primaria completa		Media	91.33	.882		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	87.54	95.13		
		Media recortada al 5%	.	.		
		Mediana	91.00	.		
		Varianza	2.333	.		
		Desv. tip.	1.528	.		
		Mínimo	90	.		
		Máximo	93	.		
		Rango	3	.		
		Amplitud intercuartil	.	.		
		Asimetría	.935	1.225		
		Curtosis	.	.		
		Secundaria incompleta		Media	89.25	5.662
				Intervalo de confianza para la media al 95%	71.23	107.27
				Media recortada al 5%	88.78	.
				Mediana	85.00	.
				Varianza	128.250	.
				Desv. tip.	11.325	.
				Mínimo	81	.
				Máximo	106	.
Rango	25			.		
Amplitud intercuartil	19			.		
Asimetría	1.829			1.014		
Curtosis	3.523			2.619		
Secundaria completa				Media	92.06	2.139
				Intervalo de confianza para la media al 95%	87.52	96.59
				Media recortada al 5%	92.07	.
				Mediana	93.00	.
				Varianza	77.809	.
				Desv. tip.	8.821	.
				Mínimo	77	.
				Máximo	107	.
		Rango	30	.		
		Amplitud intercuartil	13	.		
		Asimetría	.041	.550		
		Curtosis	-636	1.063		
		Técnica o comercial		Media	94.25	5.498
				Intervalo de confianza para la media al 95%	76.75	111.75
				Media recortada al 5%	93.89	.
				Mediana	91.00	.
				Varianza	120.917	.
				Desv. tip.	10.996	.
				Mínimo	85	.
				Máximo	110	.
Rango	25			.		
Amplitud intercuartil	20			.		
Asimetría	1.489			1.014		
Curtosis	2.372			2.619		
Preparatoria incompleta				Media	96.28	3.270
				Intervalo de confianza para la media al 95%	89.39	103.18
				Media recortada al 5%	95.86	.
				Mediana	94.00	.
				Varianza	192.448	.
				Desv. tip.	13.873	.
				Mínimo	76	.
				Máximo	124	.
		Rango	48	.		
		Amplitud intercuartil	23	.		
		Asimetría	.425	.536		
		Curtosis	-759	1.039		
		Preparatoria completa		Media	99.85	2.980
				Intervalo de confianza para la media al 95%	93.35	106.34
				Media recortada al 5%	99.66	.
				Mediana	98.00	.
				Varianza	115.474	.
				Desv. tip.	10.746	.
				Mínimo	86	.
				Máximo	117	.
Rango	31			.		
Amplitud intercuartil	21			.		
Asimetría	.370			.616		
Curtosis	-1.109			1.191		
Profesional				Media	101.50	2.457
				Intervalo de confianza para la media al 95%	95.69	107.31
				Media recortada al 5%	101.11	.
				Mediana	99.50	.
				Varianza	48.286	.
				Desv. tip.	6.949	.
				Mínimo	95	.
				Máximo	115	.
		Rango	20	.		
		Amplitud intercuartil	11	.		
		Asimetría	1.199	.752		
		Curtosis	.786	1.481		

a. Autocuidado es una constante cuando Escolaridad = Sabe leer y escribir y se ha desestimado.

b. Autocuidado es una constante cuando Escolaridad = Primaria incompleta y se ha desestimado.

Tabla 14: Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Escolaridad.

En la gráfica se muestra la dispersión de los datos concentrándose en aquellas mujeres que cuentan con preparatoria incompleta en comparación de los demás niveles educativos (Ver Figura 52).

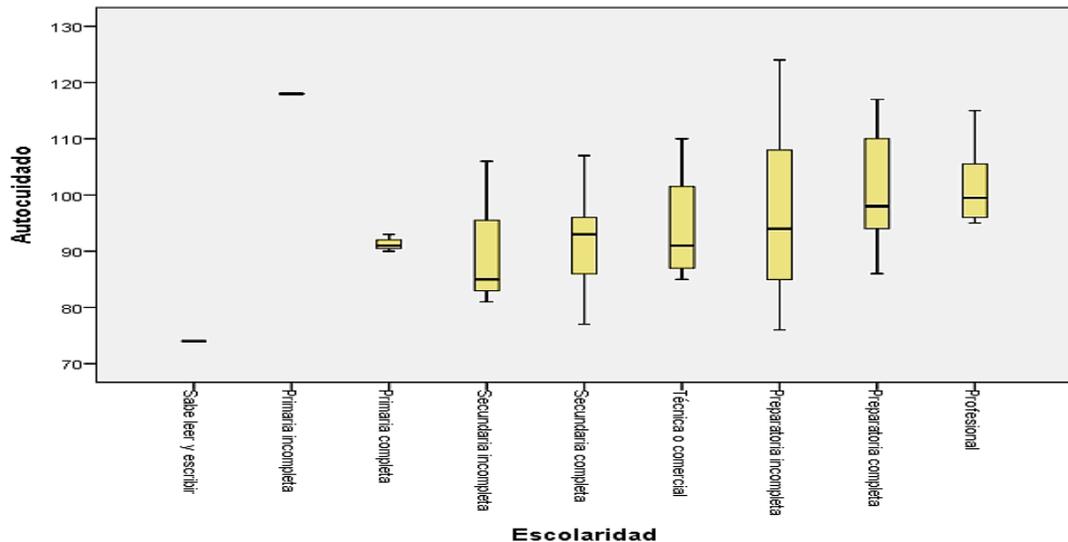


Figura 52: Caja y Bigotes Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Escolaridad.

En cuanto a la Actitud hacia el embarazo y el Escolaridad, encontramos la media más alta en mujeres que tienen la preparatoria completa (128.38 puntos), seguida de mujeres que tienen nivel profesional con 128.25 y secundaria completa con 125.59, preparatoria incompleta con 122.93 y técnica o comercial con 120.75. Las restantes medias de mujeres embarazadas fueron la primaria completa con 112.67 puntos y la secundaria incompleta con 112 (Ver Tabla 15).

La gráfica de caja y bigotes muestra que la mayor semejanza de datos se encuentra en aquellas mujeres con nivel educativo de preparatoria incompleta, en tanto que los demás niveles se asemejan entre sí en la dispersión de datos como lo muestra la Figura 53.

Descriptivos ^{a, b}					
Escolaridad				Estadístico	Error tip.
Actitud hacia embarazo	Primaria completa	Media		112.67	15.070
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	47.82	
			Límite superior	177.51	
		Media recortada al 5%		.	
		Mediana		104.00	
		Varianza		681.333	
		Desv. típ.		26.102	
		Mínimo		92	
		Máximo		142	
		Rango		50	
	Amplitud intercuartil		.		
	Asimetría		1.329	1.225	
	Curtosis		.	.	
	Secundaria incompleta	Media		112.00	2.483
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	104.10	
			Límite superior	119.90	
		Media recortada al 5%		112.00	
		Mediana		112.00	
		Varianza		24.667	
		Desv. típ.		4.967	
Mínimo			106		
Máximo			118		
Rango			12		
Amplitud intercuartil		10			
Asimetría		.000	1.014		
Curtosis		.711	2.619		
Secundaria completa	Media		125.59	4.469	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	116.11		
		Límite superior	135.06		
	Media recortada al 5%		125.71		
	Mediana		121.00		
	Varianza		339.507		
	Desv. típ.		18.426		
	Mínimo		95		
	Máximo		154		
	Rango		59		
Amplitud intercuartil		30			
Asimetría		.042	.550		
Curtosis		-1.092	1.063		
Técnica o comercial	Media		120.75	10.711	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	86.66		
		Límite superior	154.84		
	Media recortada al 5%		120.94		
	Mediana		122.50		
	Varianza		458.917		
	Desv. típ.		21.422		
	Mínimo		93		
	Máximo		145		
	Rango		52		
Amplitud intercuartil		40			
Asimetría		-4.777	1.014		
Curtosis		1.364	2.619		
Preparatoria incompleta	Media		122.33	4.487	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	112.87		
		Límite superior	131.80		
	Media recortada al 5%		122.93		
	Mediana		125.50		
	Varianza		362.471		
	Desv. típ.		19.039		
	Mínimo		85		
	Máximo		149		
	Rango		64		
Amplitud intercuartil		33			
Asimetría		-.394	.536		
Curtosis		-.828	1.038		
Preparatoria completa	Media		128.38	4.460	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	118.67		
		Límite superior	138.10		
	Media recortada al 5%		128.32		
	Mediana		127.00		
	Varianza		258.690		
	Desv. típ.		16.081		
	Mínimo		102		
	Máximo		156		
	Rango		54		
Amplitud intercuartil		23			
Asimetría		.280	.616		
Curtosis		-.583	1.191		
Profesional	Media		128.25	4.415	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	117.81		
		Límite superior	138.69		
	Media recortada al 5%		128.33		
	Mediana		127.00		
	Varianza		155.929		
	Desv. típ.		12.487		
	Mínimo		111		
	Máximo		144		
	Rango		33		
Amplitud intercuartil		24			
Asimetría		.061	.752		
Curtosis		-1.655	1.481		

a. Actitud hacia embarazo es una constante cuando Escolaridad = Sabe leer y escribir y se ha desestimado.

b. Actitud hacia embarazo es una constante cuando Escolaridad = Primaria incompleta y se ha desestimado.

Tabla 15: Grado de relación de medias entre las variables Actitud ante Embarazo y Escolaridad.

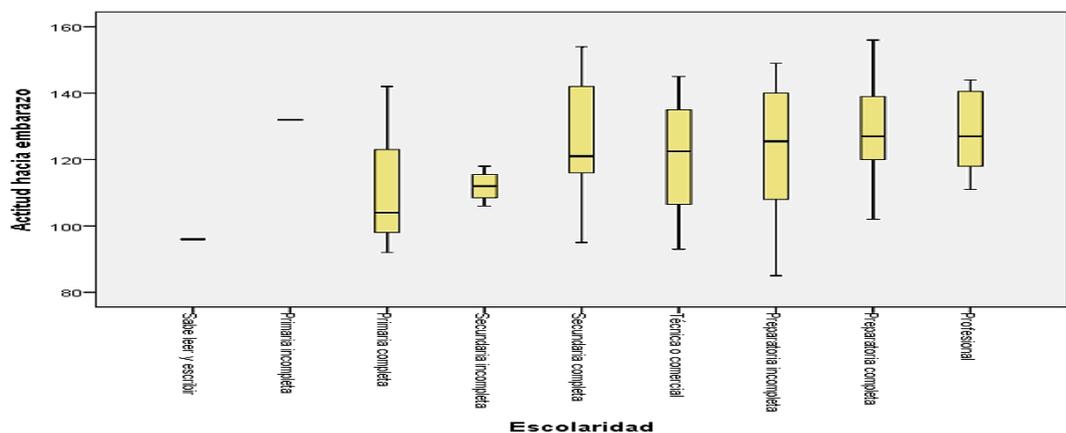


Figura 53: Caja y Bigotes Grado de relación de medias entre las variables Actitud ante embarazo y Escolaridad.

En lo que respecta a la Actividad laboral, el Autocuidado se incrementa, obteniendo una media de 96.49 puntos, cuando la mujer embarazada no trabaja; en cambio en el caso de las mujeres que trabajan, la media se encuentra en 93.72 puntos. Hay que agregar que la mayor dispersión de datos se encuentra en aquellas mujeres que si laboran como lo muestra la figura (Tabla 16).

Descriptivos			Estadístico	Error típ.	
Autocuidado	Trabaja	Si	Media	93.72	3.206
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	86.96	
			Límite superior	100.49	
		Media recortada al 5%	93.36		
		Mediana	87.50		
		Varianza	185.036		
		Desv. típ.	13.603		
		Mínimo	77		
		Máximo	117		
		Rango	40		
		Amplitud intercuartil	26		
		Asimetría	.552	.536	
		Curtosis	-1.260	1.038	
	No	Media	96.49	1.491	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	93.50	
			Límite superior	99.48	
		Media recortada al 5%	96.35		
		Mediana	95.00		
		Varianza	113.375		
		Desv. típ.	10.648		
Mínimo		74			
Máximo		124			
Rango	50				
Amplitud intercuartil	12				
Asimetría	.395	.333			
Curtosis	.171	.656			

Tabla 16: Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Trabajo

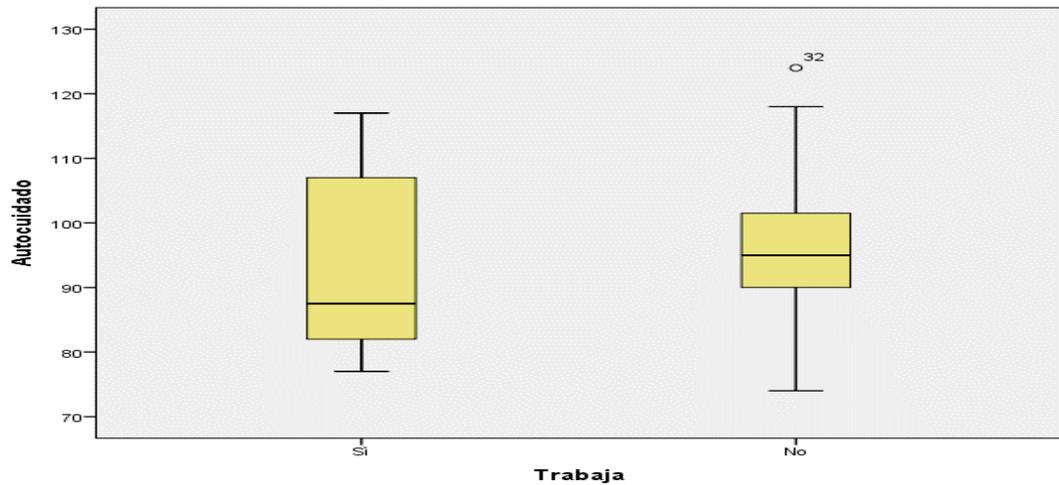


Figura 54: Caja y Bigotes Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Trabajo.

Sobre la Actitud hacia el embarazo con relación a si la mujer no trabaja, la media es alta, alcanzando 126.80 puntos con respecto a aquellas que si trabajan, obteniendo una media de 114.56 puntos (Ver Tabla 17 ver Figura 55).

Descriptivos				Estadístico	Error típ.
Actitud hacia embarazo	Trabaja				
	Si	Media		114.56	3.920
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	106.28	
			Límite superior	122.83	
		Media recortada al 5%		114.06	
		Mediana		114.50	
		Varianza		276.614	
		Desv. típ.		16.632	
		Mínimo		85	
		Máximo		153	
		Rango		68	
	Amplitud intercuartil		19		
	Asimetría		.419	.536	
	Curtosis		.496	1.038	
	No	Media		126.80	2.362
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	122.06	
			Límite superior	131.55	
		Media recortada al 5%		127.16	
		Mediana		127.00	
		Varianza		284.641	
Desv. típ.			16.871		
Mínimo			92		
Máximo			156		
Rango			64		
Amplitud intercuartil		28			
Asimetría		-.267	.333		
Curtosis		-.808	.656		

Tabla 17: Grado de relación de medias entre las variables Actitud ante Embarazo y Trabajo

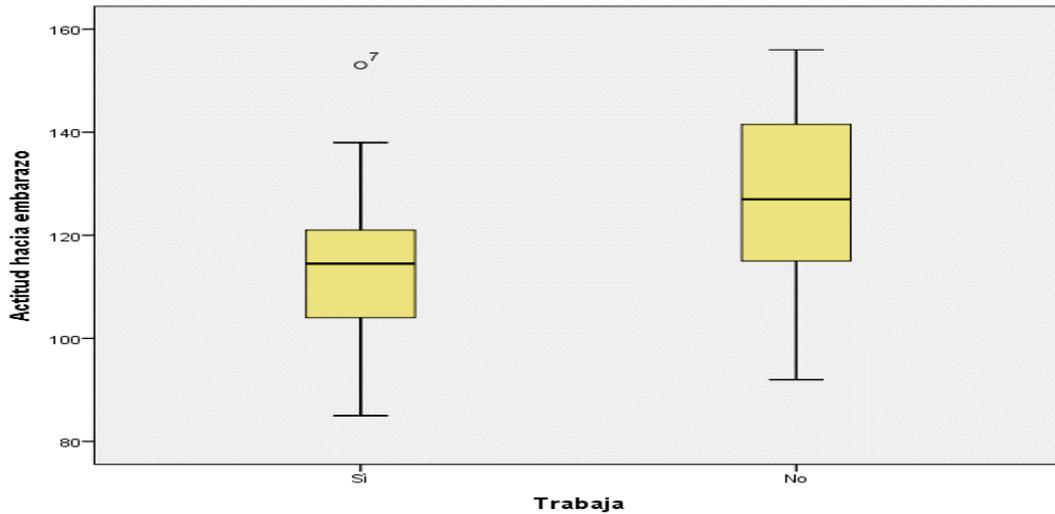


Figura 55: Caja y Bigotes grado de relación de medias entre las variables Actitud ante Embarazo y Trabajo.

La media con relación al Autocuidado y el Ejercicio es más alta en aquellas mujeres que lo realizan diario, obteniendo una media de 99.36 puntos, seguido de las mujeres que se ejercitan rara vez, con 98.63, después con la opción de algunas veces (96 puntos), nunca con 94.43 y, por último, frecuentemente con 92 puntos (Ver Tabla 18).

La mayor semejanza de datos se encuentra en las mujeres que realizan ejercicio frecuentemente y la dispersión del conjunto de valores con respecto a valor de la media en mujeres que lo realiza rara vez, como lo muestra la figura 56.

		Descriptivos		Estadístico	Error típ.	
Autocuidado	Nunca	Media		94.43	1.778	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	90.83		
			Límite superior	98.04		
		Media recortada al 5%		94.15		
		Mediana		93.00		
		Varianza		116.974		
		Desv. típ.		10.815		
		Mínimo		76		
		Máximo		118		
		Rango		42		
		Amplitud intercuartil		15		
		Asimetría		.497	.388	
		Curtosis		-.399	.759	
		Rara vez	Media		98.63	6.038
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	84.35	
				Límite superior	112.90	
			Media recortada al 5%		98.42	
			Mediana		97.50	
	Varianza			291.696		
	Desv. típ.			17.079		
	Mínimo			77		
	Máximo			124		
	Rango			47		
	Amplitud intercuartil			27		
	Asimetría			.186	.752	
	Curtosis			-1.726	1.481	
	Algunas veces		Media		96.00	2.068
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	91.23	
				Límite superior	100.77	
			Media recortada al 5%		96.06	
			Mediana		96.00	
		Varianza		38.500		
		Desv. típ.		6.205		
		Mínimo		85		
		Máximo		106		
		Rango		21		
		Amplitud intercuartil		9		
		Asimetría		-.137	.717	
		Curtosis		.290	1.400	
		Frecuentemente	Media		92.00	9.652
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	61.28	
				Límite superior	122.72	
Media recortada al 5%				91.61		
Mediana				88.50		
Varianza			372.667			
Desv. típ.			19.305			
Mínimo			74			
Máximo			117			
Rango			43			
Amplitud intercuartil			37			
Asimetría			.759	1.014		
Curtosis			-1.092	2.619		
Diario	Media			99.36	2.871	
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	92.97		
			Límite superior	105.76		
	Media recortada al 5%			99.18		
	Mediana			96.00		
	Varianza		90.655			
	Desv. típ.		9.521			
	Mínimo		87			
	Máximo		115			
	Rango		28			
	Amplitud intercuartil		15			
	Asimetría		.583	.661		
	Curtosis		-.837	1.279		

Tabla 18: Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Ejercicio.

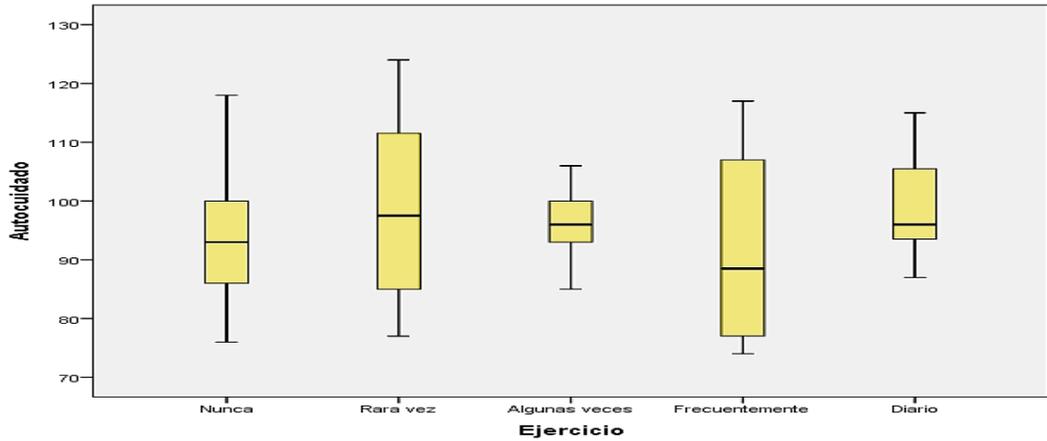


Figura 56: Caja y Bigotes grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Ejercicio.

En la Actitud ante el embarazo y su relación con el Ejercicio se obtuvo la media más alta en aquellas mujeres que realizan ejercicio algunas veces (125.56 puntos), es muy semejante a la media con las mujeres que nunca realizan ejercicio (125.32), seguido de las mujeres que lo realizan rara vez (122.75 puntos). Por debajo de estas puntuaciones se encuentran las que lo realizan diario, con una media de 122.36 puntos y, por último, frecuentemente, con 108.50.

Las diferentes semejanzas de datos se encuentran en aquellas mujeres que realizan ejercicio algunas veces por otro lado la dispersión de los datos y más alejado del conjunto de valores respecto al valor medio son las mujeres que lo realizan diario, los demás opciones son muy similares en cuanto a dispersión (Figura 57).

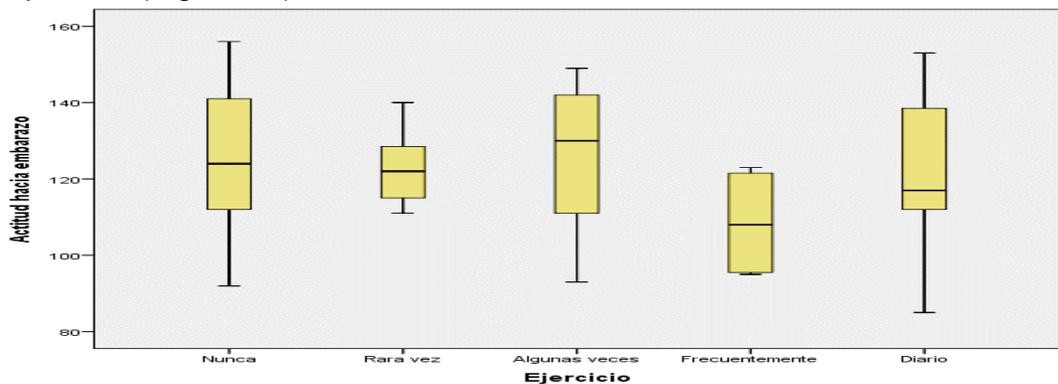


Figura Caja y Bigotes 57: Grado de relación de medias entre las variables Actitud ante el embarazo y Ejercicio.

Con respecto a la variable de Autocuidado y la Ayuda proporcionada a las mujeres embarazadas por parte de la familia, la media obtenida es de 97.59 puntos, seguida de la ayuda proporcionada por el esposo, con 94.44 y, por último, la ayuda proporcionada de los familiares y el esposo con 90.77 puntos. (Figura 19)

Descriptivos ^a			Estadístico	Error típ.
Autocuidado	Ayuda	Media	94.44	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	90.07	2.078
	Esposo	Límite inferior	98.82	
		Límite superior	94.10	
	Media recortada al 5%	93.00		
	Mediana	77.556		
	Varianza	8.807		
	Desv. típ.	80		
	Mínimo	115		
	Máximo	35		
	Rango	10		
	Amplitud intercuartil	.783	.538	
	Asimetría	.582	1.038	
	Curtosis	97.59	2.039	
Familiares	Media	Intervalo de confianza para la media al 95%	93.46	
		Límite inferior	101.73	
	Límite superior	97.49		
	Media recortada al 5%	96.00		
	Mediana	153.859		
	Varianza	12.404		
	Desv. típ.	74		
	Mínimo	124		
	Máximo	50		
	Rango	21		
	Amplitud intercuartil	.189	.388	
	Asimetría	-.757	.759	
	Curtosis	90.77	2.689	
	Esposos y familiares	Media	Intervalo de confianza para la media al 95%	84.91
Límite inferior			96.63	
Límite superior		90.52		
Media recortada al 5%		93.00		
Mediana		94.026		
Varianza		9.697		
Desv. típ.		76		
Mínimo		110		
Máximo		34		
Rango		15		
Amplitud intercuartil		.150	.616	
Asimetría		-.174	1.191	
Curtosis				

a. Autocuidado es una constante cuando Ayuda = Nadie y se ha desestimado.

Tabla 19 Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Ayuda.

En cuanto a la dispersión se observa en aquellas mujeres que obtienen la ayuda de familiares y la semejanza de datos en mujeres que obtienen la ayuda del esposo (Ver Figura 58.).

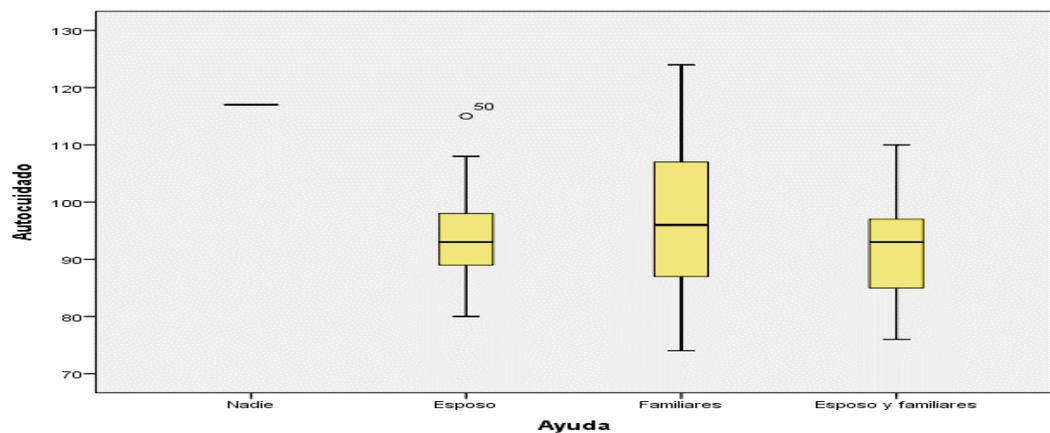


Figura Caja y Bigotes 58: Grado de relación de medias entre las variables Autocuidado y Ayuda.

Para terminar, en la actitud hacia el embarazo con relación a la ayuda proporcionada hacia las mujeres embarazadas, la media más alta se obtuvo de aquellas mujeres que reciben ayuda de su esposo y familiares 129.23 puntos, seguido del esposo con 124.11 y. finalmente, aquellas mujeres que reciben ayuda únicamente de sus familiares con 121.49 puntos (Ver Tabla 20 y Figura.59)

Descriptivos ^a				Estadístico	Error típ.	
Actitud hacia embarazo	Ayuda Esposo	Media		124.11	4.376	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	114.88		
			Límite superior	133.34		
		Media recortada al 5%		124.35		
		Mediana		120.50		
		Varianza		344.693		
		Desv. típ.		18.566		
		Mínimo		92		
		Máximo		152		
		Rango		60		
		Amplitud intercuartil		33		
		Asimetría		-.030	.536	
		Curtosis		-1.041	1.038	
		Familiares	Media		121.49	2.860
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	115.69	
			Límite superior	127.29		
	Media recortada al 5%			121.53		
	Mediana			121.00		
	Varianza			302.701		
	Desv. típ.			17.398		
	Mínimo			85		
	Máximo			154		
	Rango			69		
	Amplitud intercuartil			29		
	Asimetría			.015	.388	
	Curtosis			-.721	.759	
	Esposo y familiares		Media		129.23	4.789
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	118.80	
			Límite superior	139.67		
		Media recortada al 5%		129.81		
		Mediana		130.00		
		Varianza		298.192		
		Desv. típ.		17.268		
Mínimo			92			
Máximo			156			
Rango			64			
Amplitud intercuartil			22			
Asimetría			-.705	.616		
Curtosis			.540	1.191		

a. Actitud hacia embarazo es una constante cuando Ayuda = Nadie y se ha desestimado.

Tabla 20: Grado de relación de medias entre las variables Actitud hacia el Embarazo y Ayuda

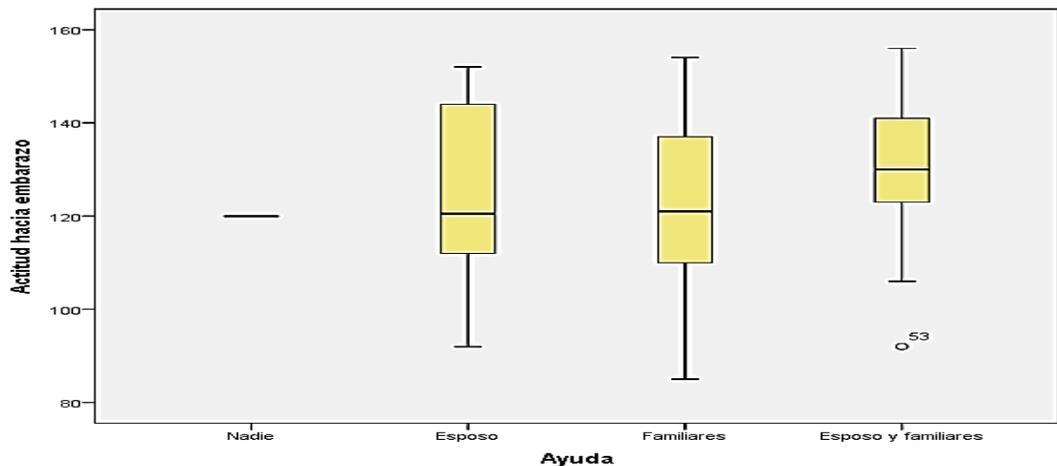


Figura Caja y Bigotes 59: Grado de relación de medias entre las variables Actitud hacia el Embarazo y Ayuda

5.3 Estadística Inferencial

5.3.1 Correlaciones entre las variables

Con el propósito de conocer el grado de relación entre las variables edad, escolaridad, estado de salud, capacidad de autocuidado y actitud hacia el embarazo, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Para el análisis de la totalidad de las variables se utilizó parte de la muestra total, utilizando solamente a 69 mujeres con la característica de que estas fueron captadas en el segundo momento de la investigación. Con el mencionado procedimiento se encontraron los siguientes resultados:

Al relacionar la Edad y la capacidad de Autocuidado se presentó una relación baja pero significativa de .278 y un nivel de significancia de .021 (ver Tabla 21).

Correlaciones			
		Edad	Autocuidado
Edad	Correlación de Pearson	1	.278*
	Sig. (bilateral)		.021
	N	69	69
Autocuidado	Correlación de Pearson	.278*	1
	Sig. (bilateral)	.021	
	N	69	69

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 21: Correlación de Pearson entre la variable Edad y Autocuidado.

Se relacionó la capacidad de Autocuidado y la Actitud hacia el embarazo; encontrando una relación significativa de .292, con un nivel de significancia de .015 (ver Tabla 22).

Correlaciones			
		Autocuidado	Actitud hacia embarazo
Autocuidado	Correlación de Pearson	1	.292*
	Sig. (bilateral)		.015
	N	69	69
Actitud hacia embarazo	Correlación de Pearson	.292*	1
	Sig. (bilateral)	.015	
	N	69	69

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 22. Correlación de Pearson entre la variable Autocuidado y Actitud hacia el embarazo.

Nuevamente, la relación que existe entre el Estado de salud y la Actitud hacia el embarazo fue significativa obteniendo un .380 y un nivel de significancia de .001 (ver Tabla 23)

		Estado de salud	Actitud hacia embarazo
Estado de salud	Correlación de Pearson	1	.380**
	Sig. (bilateral)		.001
	N	69	69
Actitud hacia embarazo	Correlación de Pearson	.380**	1
	Sig. (bilateral)	.001	
	N	69	69

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 23. Correlación de Pearson entre la variable Estado de Salud y Actitud ante el embarazo

Al relacionar la Escolaridad y la capacidad de Autocuidado se encontró una correlación significativa de .296 y un valor estadístico de 0,05. Ver Tabla 24

		Escolaridad	Autocuidado
Escolaridad	Correlación de Pearson	1	.296*
	Sig. (bilateral)		.013
	N	69	69
Autocuidado	Correlación de Pearson	.296*	1
	Sig. (bilateral)	.013	
	N	69	69

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 24. Correlación de Pearson entre la variable Escolaridad y Autocuidado.

Al relacionar la edad con actitud hacia el embarazo se obtuvo una correlación de .001 por lo tanto no es significativa. De igual manera al relacionar la capacidad de autocuidado y estado de salud se mostró una correlación de .225 lo que muestra que no es significativa. Se hizo la correlación de la edad con el estado de salud y se encontró una mínima relación de .154 por lo tanto tampoco es significativa. Con respecto a la variable de escolaridad y el estado de salud no se encontró correlación significativa .056. Por último la relación entre escolaridad y actitud hacia el embarazo fue baja obteniendo .215 por lo tanto no es significativa para el estudio.

5.3.2 Comparación de medias muestrales.

Con el objetivo de saber si hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las variables de las muestras sin tratamiento y con tratamiento, se realizó una comparación por medio de la t de Student para muestras independientes. Hay que hacer notar la diferencia de número de sujetos de ambas muestras, esto se debió a que el programa Embarazo Responsable se suspendió durante el periodo de la recolección de sujetos y ello impidió captar a más mujeres embarazadas. Una vez elaborado el análisis se obtuvo la siguiente información.

Iniciaremos con la comparación de Estado de Salud de ambas muestras (ver tablas 25 y 26)

Estadísticos de grupo

Factor	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Estado de salud 1	104	36.18	5.349	.525
2	25	35.48	5.100	1.020

Tabla 25. Comparación de medias muestrales Estado de Salud

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Estado de salud	Se han asumido varianzas iguales	.205	.651	.595	127	.553	.703	1.181	-1.635	3.040
	No se han asumido varianzas iguales			.613	37.758	.544	.703	1.147	-1.620	3.025

Tabla 26: Prueba de muestras independientes Estado de Salud

Como puede observarse, el análisis arroja una t calculada de .595 y un nivel de significancia bilateral de .553, por lo cual puede concluirse que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo sin tratamiento y con tratamiento.

Con respecto a la capacidad de Autocuidado, el análisis de la t calculada obtenida (-.133) y el nivel de significancia bilateral (.895), permiten concluir que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de la muestra atendida en Centro de Salud y mujeres atendidas telefónicamente (Ver tablas 27 y 28)

Estadísticos de grupo

	Factor	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Autocuidado	1	104	95.62	10.365	1.016
	2	25	95.92	9.975	1.995

Tabla 27: Comparación de medias muestrales Autocuidado

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Autocuidado	Se han asumido varianzas iguales	.069	.793	-.133	127	.895	-.305	2.293	-4.841	4.232
	No se han asumido varianzas iguales			-.136	37.489	.893	-.305	2.239	-4.839	4.230

Tabla 28: Prueba de muestras independientes Autocuidado

En cuanto al factor de Actitud hacia el embarazo, el análisis de la t calculada obtuvo un .663 y un nivel de significancia de .510, esto es, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambas muestras (ver tablas 29 y 30).

Estadísticos de grupo

	Factor	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Actitud hacia el embarazo	1	56	124.29	18.111	2.420
	2	13	120.69	15.146	4.201

Tabla 29: Comparación de medias muestrales Actitud hacia el embarazo

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Actitud hacia el embarazo	Se han asumido varianzas iguales	1.547	.218	.663	67	.510	3.593	5.424	-7.232	14.419
	No se han asumido varianzas iguales			.741	20.789	.467	3.593	4.848	-6.495	13.682

Tabla 30: Prueba de muestras independientes Autocuidado

En el marco de las observaciones anteriores concluimos con los resultados obtenidos de la investigación.

Capítulo 6. Conclusiones y Discusión

6.1 Conclusiones

En relación a los datos, logramos establecer las siguientes conclusiones. En la totalidad de las mujeres embarazadas que participaron en la investigación, se observó el inicio de la actividad sexual a muy temprana edad **osciló entre los 14 y los 18 años**, tanto de las que asisten a los Centros de Salud T. III Dr. José Zozaya y T. III Dr. Manuel Pesqueira y las que pertenecieron al servicio Embarazo responsable. En la mitad de ambas muestras el estado civil fue de Unión Libre.

En cuanto a nivel educativo, se observó que las mujeres atendidas en Centro de Salud contaban con la secundaria concluida en un 30.8 % y las mujeres atendidas telefónicamente tenían la preparatoria concluida en un 28%. En cuanto a la actividad laboral, un 77% de las mujeres atendidas en Centro de Salud y un 68% de las participantes atendidas telefónicamente no laboran fuera del hogar.

Las mujeres embarazadas atendidas en Centro de Salud presentaron poca adherencia a una buena alimentación, probablemente, como lo menciona Evers (1989), poseen el conocimiento pero en muchas ocasiones no llevan a cabo las recomendaciones y probablemente desconocen las consecuencias de una mala nutrición en este periodo, ya que solo el 2.9% mejoró la calidad en su alimentación durante el periodo gestacional, a diferencia del grupo atendido telefónicamente, ya que el 32% mencionó haber mejorado la calidad de su alimentación. En este sentido, parece que el servicio Embarazo Responsable tuvo un impacto significativo en dichas mujeres, logrando concientizarlas acerca de la importancia de una alimentación saludable.

De igual manera se observó que el 40% del servicio Embarazo Responsable implementaron el ejercicio como una actividad a manera de autocuidado, en comparación de las mujeres que fueron atendidas en Centro de Salud, que en un 67% mencionaron no realizar ninguna actividad física.

Esta diferencia plantea que el Programa Embarazo Responsable tuvo un gran impacto en la implementación de hábitos saludables.

Dando respuesta a las hipótesis planteadas al inicio de las investigaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que nos indica la similitud de las muestras, con respecto a las variables de estudio, las medias calculadas indicaron que las muestras son similares en cuanto a la capacidad de Autocuidado de sus integrantes, esto nos indica que las mujeres que participaron en la investigación en general reconocen la importancia de realizar actividades en beneficio de su estado gestacional, además de la importancia de asistir al control prenatal. Por otra parte, cabe mencionar que la atención proporcionada por las instituciones, como lo son Centros de Salud y el Servicio Medicina a Distancia, es eficiente, ya que brinda la información necesaria que requiere la mujer para el buen control y detección de factores de riesgo en el embarazo.

De la misma forma, la Actitud hacia el embarazo en ambas muestras es muy similar. En general las mujeres se identifican con el rol materno, obteniendo una media en mujeres atendidas en Centro de Salud de 124.29 puntos y una media de 120.69 para las mujeres atendidas en Embarazo Responsable; esto parece demostrar que una intervención psicoeducativa puede disminuir la ansiedad, mejorar el apoyo social y la autoestima, además de relacionarse positivamente con el estado emocional de la mujer embarazada.

Ya en lo particular, se observó que las mujeres que son madres solteras tienden a una mayor capacidad de autocuidado (Media = 97.74 puntos), pero este resultado no aumenta la actitud ante el embarazo, ya que en esta variable se observó la media más alta en mujeres casadas (Media = 128.57 puntos). Parece ser que contar con la pareja lleva a una resolución satisfactoria del establecimiento del apego prenatal. Esta suposición se confirmó al observar la media de Capacidad de Autocuidado cuando no se vive con la pareja (97.74) y la Actitud hacia el embarazo cuando la pareja vive con la mujer (127.43).

Se confirmó también que en la Capacidad de Autocuidado (101.50) y la Actitud hacia el Embarazo (128.38) las medias más altas se obtienen cuando el grado de escolaridad es más alto. En la investigación se observaron estas puntuaciones en mujeres que contaban con nivel profesional y preparatoria concluida.

Finalmente, con el propósito de conocer el grado de correlación entre las variables **Autocuidado** y **Edad**, los resultados arrojados confirmaron en la muestra una relación baja pero significativa (.278), la capacidad de Autocuidado se relacionó de manera positiva pero baja con la Actitud hacia el Embarazo (.292).

En cuanto al Estado de Salud, este tuvo una relación positiva y directa respecto a la Actitud de hacia el Embarazo (.380) y, por último, la escolaridad tuvo una relación positiva con el autocuidado (.296), siendo estos las correlaciones más importantes.

Por ultimo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de (capacidad de Autocuidado y Actitud hacia el Embarazo) entre las muestras de mujeres embarazadas atendidas (Centro de Salud y Atendidas Telefónicamente).

6.2 Discusión

Las mujeres estudiadas en esta investigación demuestran las tendencias estadísticas de la actualidad: es decir, son mujeres cada día más jóvenes al vivir una maternidad. Al explorar los datos demográficos encontramos varias similitudes con la bibliografía revisada.

Edad: En la muestra de mujeres atendidas en Centro de Salud la mayor frecuencia osciló en el grupo de entre 18 a 21 años, lo que equivale al 34.6 % (36 mujeres) de la población total, por otra parte la mayor frecuencia de la muestra atendida telefónicamente se encontró en el grupo de 17 a 20 con el 40 % (10 mujeres), por lo que se observa una semejanza de edades.

Esta información confirma el inicio de vida sexual de la población expuesta por la Encuesta Nacional de Salud **2012**, el porcentaje de adolescentes de entre 12 y 19 años han iniciado una vida sexual, en el Distrito Federal el porcentaje es mayor que el nacional (23.0%). Por otra parte, en 2005 se registraron 1, 174,209 partos en instituciones públicas, 21% de los cuales correspondieron a mujeres menores de 20 años (Consejo Nacional de Población, 2011). Lo que confirma que los embarazos en la adolescencia siendo este un evento desfavorable, ya que se conoce que al no contar con las condiciones físicas y psicológicas requeridas, existe mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales.

Estado civil: En el 52% de ambas muestras, el estado civil con mayor frecuencia es el de Unión libre, seguido de Madre soltera con el 28% en ambas muestras, el 20% para mujeres casadas pertenecientes a la muestra atendida telefónicamente y el 17% para mujeres atendidas en Centro de Salud.

Para el 2009, el 35% de la distribución porcentual de las mujeres embarazadas vivían en unión libre entre los 15 y 19 años, lo que confirma la unión temprana a consecuencia del embarazo (Secretaría de Educación Pública, 2012).

Nivel Educativo: En la muestra atendida en Centro de Salud, la mayor proporción de estas mujeres (30.8%) solo tenían concluida la secundaria, para la muestra atendida telefónicamente se ve un mínimo pero claro incremento con el 28% de mujeres que cuentan con la preparatoria incompleta.

Este resultado de la investigación parece ser muy similar a otras. Por ejemplo, Salvatierra (1989), menciona que el embarazo en adolescentes o en mujeres muy jóvenes se relaciona con escolarización insuficiente y un estudio chileno (Murray, 1998), demostró que las estudiantes con un porcentaje de calificaciones más bajas era significativamente más propensas a iniciarse en las actividades sexuales, en comparación con las que tenían un promedio de calificaciones más elevados (citado en Guridi, Franco & Fernández 2012).

Las gestantes que se encontraban estudiando probablemente tuvieron que terminar el curso escolar e interrumpir los estudios para atender a su bebe, por lo que se evidencia que, en la mayoría de las adolescentes que se embarazan, disminuyen las expectativas de prolongar su educación y, por lo tanto, la probabilidad de mejorar sus condiciones económicas.

Asistencia al control prenatal: En ambas muestras fue satisfactoria, ya que el 96% de las mujeres atendidas en Centro de Salud acudían regularmente y de las mujeres atendidas telefónicamente el 100% de la muestra acudía a su control prenatal, además de contar con el servicio Embarazo Responsable.

En cuanto a la ayuda proporcionada a las mujeres embarazadas en el mayor número de los casos fue brindada por los familiares de estas: para la muestra atendida en Centro de Salud fue el 49% y en el caso de las mujeres atendidas telefónicamente el 48%.

Esto nos ayuda a confirmar lo indispensable que es para las mujeres la obtención de apoyo familiar y/o social como lo mencionan Muñoz & Patricio (2009), al concluir que la presencia de estresores psicosociales en el embarazo están asociados significativamente a un mayor riesgo de presentar Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE) y/o Síntoma de Parto Prematuro (SPP). El apoyo familiar se asocia significativamente con la ausencia de SFE y/o SPP, por lo que constituye un factor protector de esas patologías.

Alimentación: Se observó una clara diferencia en el grupo atendido en Centro de Salud: solo el 2.9%, esto es, 3 mujeres, manifestaron haber mejorado la calidad en su alimentación, a diferencia del 32% (8 mujeres) de la muestra atendida telefónicamente. Cabe mencionar que en esta muestra es menor el número de mujeres participantes, pero identificaban claramente la importancia de una calidad en alimentación y porciones recomendadas. Este hallazgo es similar al encontrado por Gómez (1996) en su trabajo realizado con mujeres embarazadas refiriendo haber aumentado en un 29.2% la

cantidad de los alimentos, pero únicamente el 16.8% mejoró la calidad de los mismos.

En cuanto el análisis descriptivo, se consideraron las muestras completas, comenzando por Estado de Salud: en este análisis encontramos para las mujeres atendidas en Centro de Salud una media de 36.18 puntos contra 35.48 de la muestra de Embarazo Responsable. La diferencia es mínima, 0.7 puntos, lo que nos indica la semejanza de muestras.

Las medias observadas en relación a la variable de capacidad de Autocuidado fueron de 95.92 puntos en aquellas mujeres atendidas telefónicamente, contra 95.62 puntos de las mujeres atendidas en Centro de Salud. La diferencia fue de 0.3 puntos, lo que demuestra que las muestras son muy semejantes.

En cuanto a la variable de Actitud hacia el Embarazo solo se consideró a 69 mujeres, ya que estas fueron captadas en el segundo momento de la investigación. Se obtuvo en las mujeres atendidas en Centro de Salud (56 mujeres) una media de 124.29 puntos, a diferencia de las atendidas telefónicamente (13 mujeres) que tuvieron una media de 120.69 puntos.

Gómez y Arrivillaga manifiestan la amplia evidencia que muestran la contribución de estresores psicosociales en la incidencia de desenlaces perinatales desfavorables, es esencial que la esfera psicosocial de la mujer embarazada sea evaluada y educada de forma rutinaria durante el embarazo, además de promover la consejería y apoyo social (Gómez y Arrivillaga, 2013).

Al relacionar la Escolaridad y la capacidad de Autocuidado se encontró una correlación significativa de .296 y un valor de significancia de 0,05. Al respecto Bobadilla (1988) encontró que, a nivel individual, la educación es importante para el uso de los recursos de salud pues la educación a niveles elementales de la madre generó uso eventual de los recursos y por tanto un control inadecuado del período perinatal. Zoila y Mellado (en Gómez, 1996), por su parte afirman que mientras más elevado sea el grado de escolaridad de las personas, mayor semejanza guardan sus conocimientos en torno al

embarazo, por lo que se esperaría una relación directa entre los conocimientos y las prácticas de salud que se llevan a cabo en relación con el embarazo (en Gómez, 1996).

Para finalizar, es conocido de la existencia de diversos programas a nivel federal que buscan brindar una atención de calidad en la prestación de los servicios de salud a toda la población. En el caso concreto de las mujeres y los niños, se ha logrado la disminución de las tasas de mortalidad materno-infantil a través de acceso a la atención de la salud y estos servicios, como lo demuestran los resultados obtenidos en esta investigación, son satisfactorios en los dos Centros de Salud donde se llevó a cabo y en el servicio Embarazo responsable, observándose una buena adherencia al control prenatal y buena capacidad de autocuidado en la mayoría de los casos.

Sin embargo, y de acuerdo con la bibliografía revisada, el proceso de gestación está marcado por múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales; en donde las mujeres se enfrentan a múltiples exigencias o se encuentran llenas de contradicciones, temores y miedos con respecto al embarazo y a la maternidad.

En muchos casos las mujeres se enfrentan a este proceso sin herramientas, con creencias equivocadas y sin ayuda por parte de familiares o amistades; por lo que sería sumamente importante que en futuras investigaciones se realizaran estudios con mujeres embarazadas en riesgo psicosocial y se estudiaran los factores que complican su gestación, además de realizar investigaciones longitudinales y regionales de estos casos.

Otra sugerencia importante de este trabajo es la necesidad de difundir y motivar la asistencia a los programas como lo es “**Tu Embarazo Responsable**” y las pláticas prenatales en Centros de Salud, para que la atención prenatal sea integral, efectiva y comprometida con las mujeres embarazadas.

Además, es de suma importancia la capacitación del personal médico que labora en las clínicas y hospitales, para que sean capaces de identificar

señales de riesgo psicológico en mujeres embarazadas y, de esta manera, puedan ser canalizadas a otras áreas donde puedan recibir ayuda especializada en el tema, lo que sin duda ayudaría al pleno desarrollo del embarazo y de la mujer misma, evitando muchas situaciones indeseables.

Finalmente, las líneas de intervención e investigación que propone este trabajo suponen una invitación para que psicólogos y psicólogas incursionen en la atención del embarazo, parto, puerperio y crianza temprana. En general, las instituciones hospitalarias en México se ocupan primordialmente del cuerpo de la madre y del bebé, privilegiando su salud física, pero dejando a un lado las emociones, sentimientos y pensamientos generados por estos acontecimientos. En cambio, el psicólogo se preocupa por el contexto familiar y social de la mujer embarazada y por las emociones y expectativas que se generan durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia. Al ser expresadas, estas expectativas y emociones permiten conocer la interacción entre la madre, el bebé y la familia y su abordaje resulta esencial para la estructuración psíquica del binomio.

A diferencia de nuestra nación, en países como España, Francia, Argentina y Brasil los psicólogos han incursionado con éxito en la Psicología Prenatal y Perinatal, que es una rama de la Psicología cuya tarea consiste en acompañar la labor de los médicos en la guardia neonatológica y obstétrica, generando un trabajo interdisciplinario, cuyo objetivo es incluir la dimensión psicológica en el abordaje de la problemática del bebé y la madre, y sostener a esta última en etapas de crisis y vulnerabilidad, tratando de detectar las dificultades e intervenir preventivamente para favorecer el progreso sano del embarazo, el nacimiento y la vinculación temprana.

En México los psicólogos recibimos poca formación respecto al trabajo en el proceso de gestación y maternidad, como el que se aplica a la Depresión Posparto a través del proyecto Salud Mental de Mamás y Bebés del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; en este sentido, las psicólogas y los psicólogos aún nos vemos relegados en las salas de las

consultas prenatales y en las salas de parto, por lo que esclarecer la importancia de nuestro trabajo, e incursionar en la Psicología Prenatal es el paso a seguir en nuestro desarrollo institucional, así contribuiremos a lograr un embarazo y una maternidad dichosa entre las mujeres de nuestro país.

Referencias

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>.
- Armendáriz, I. & Sanz, P. (2008). ¡Que no os separen! El recién nacido es el gran olvidado del parto. En: G. M. Blázquez. *Maternidad y ciclo vital de la mujer*. Zaragoza, España: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Armengol, Asenjo, R., Chamarro, Lusa, A., & García Dié, M. M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de Psicología*, 23(1). Obtenido de (www.um.es/analesps)
- Bydlowski, M. (2007). *La Deuda de Vida*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Carbón, D., & Susarte, T. F. (1541/1995). *Libro de Arte de las Comadres o Madrinas*. Alicante, España: Universidad de Alicante.
- Carrillo A, A. J., & Mesa M, L. (2013). Parámetros de la escala ASA-A para medir la capacidad de agencia de autocuidado: estudio documental. *Parainfo Digital*, 7(19). Obtenido de <http://www.index-f.com/para/n19/088o.php>
- Ceballos, A. G. I. (2010). *Cuidados prenatales y violencia doméstica durante el embarazo en la ciudad de Tijuana, B. C.* Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales con Especialidad en Estudios Regionales. Tijuana, México: Colegio de la Frontera Norte (en línea). Recuperado de <http://docencia.colef.mx/node/552>.
- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. (1995). *Género y salud femenina: experiencias de investigación en México*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- Consejo Nacional de Población. (2011). *Estados_ Perfiles_ de_ Salud_ Reproductiva* Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Estados_Perfiles_de_Salud_Reproductiva.
- Cooney, C. (2011). Interacciones entre el estrés y contaminación. *Salud Pública de México*, 53(6). Recuperado, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600010
- Diario Oficial de la Federación. (1995). *Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. México: Secretaría de Gobernación. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?Codigo=5276550&fecha=05/11/2012
- Elú, M. (1994). *Maternidad sin riesgos en México*. México: Imes A.C Comité Promotor de la Iniciativa. México
- Entel, R. (2004). *Mujeres en situación de violencia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Germaín, A. M., & Sánchez, M. C. (2004). *Cuidados en el Embarazo* (3a.ed.). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Gilbert, E., & Harmon, J. (2003). *Manual de Embarazo y Parto de Alto Riesgo* (3a.ed.). Madrid, España: Elsevier.
- Gómez, A, P. I. (1996). *Factores que se relacionan con la capacidad de autocuidado en embarazadas*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080072407.pdf>
- Gómez, Q. A. M. & Arrivillaga, Q. M. (2013). Afrontamiento del Embarazo y Riesgos Psicosocial. En: M Gallo. (Edits.). *Salud Física, Mental y Ocupacional de la Mujer Embarazada*. España: AMOLCA.

- González, H, D. M. (Enero-Diciembre de 2006). Educar para el cuidado Maternal Perinatal: Una propuesta para reflexionar. *Hacia la Promoción de la Salud*, 11, 81-93. Recuperado el 28 de Febrero de 2014 http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_9.pdf
- González, M. L., Reyes, F, S. & García, P. M. (1996). Utilización Adecuada de la Atención Prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 38(5). Recuperado de: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1581:guia-clinica-para-la-atencion-prenatal&Itemid=715
- Guridi, M. Z., Franco, V., Cabaña, D. & Fernández, A. P. (2012). Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. *Revista Psicología Científica.com*, 14(5). Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/adolescentes-embarazadas-repercusion-familiar-policlinico-calabazar>
- Instituto Nacional de la Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. México: Instituto de Nacional de la Salud Pública. Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/informes.php#.Uk86_06I5IY.
- Jacquet, M. & Nobécourt, M. (2002). *Un año en la vida de una mujer*. Barcelona: Ediciones Médici.
- Langer, M. (1994). *Maternidad y Sexo*. México: Paidós Mexicana.
- López, C. M. (2004). *Manual Actualizado para Matronas. Embarazo, Parto, Puerperio, Lactancia y Terapias Alternativas*. Alcalá la Real, España: Formación Alcalá
- Maldonado, M., Saucedo, J., & Lartigue, T. (2008). Cambios Fisiológicos y Emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *vvv*, 22, 5-14. Recuperado de: <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/CambiosFisiologicosyEmocionalesduranteelEmbarazo.pdf>

- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid, España: Ediciones Díaz Santos.
- Medicina a Distancia*. (2014). Recuperado de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/medicina_a_distancia/#
- Moreno, V. J. & Dalmau, S. J. (2001). Alteraciones en la nutrición fetal y efectos a largo plazo ¿algo más que una hipótesis? *Acta Pediátrica Española*, 59(10). Obtenido de <http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/ALTERACIONES.pdf>
- Muñoz, M. & Patricio, O. M. (2009). Los Estresores Psicosociales se asocian a Síndrome Hipertensivo del embarazo y/o Síntomas del Parto Prematuro en el Embarazo Adolescente. *Revista Chilena Obstétrica Ginecología*, 75(5), 281-285. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n5/art03.pdf>
- Observatorio de Mortalidad Materna en México. (2013). *Indicadores 2011. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México*. [Base de datos]. México: Recuperado de: [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores%202011%20\(29%20de%20julio\).pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores%202011%20(29%20de%20julio).pdf)
- Olza, F. I., Marín, M. A. & Gil, S. A. (2011). Neurobiología del Parto. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia* (pp 13-35). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
- Olza, I. (2006) La Teoría de la Programación Fetal y el efecto de la ansiedad materna durante embarazo en el neurodesarrollo infantil. En: G. M. Blázquez *Maternidad entrañable y gozosa*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Orem, D. E. (1994). *Modelo de Orem*. Barcelona, España: Masson- Salvat.

- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Salud para todos en el año 2000*. "Salud para Todos en el año 2000". Ottawa. Recuperado de: http://www.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/OttawaCharterSp_1986.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM*. Recuperado de: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.
- Organización Panamericana de la Salud. (Septiembre de 2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable en niños y adolescentes*. Recuperado de: <http://convivencia.files.wordpress.com/2008/11/habilidades2001oms65p.pdf>.
- Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2004). *Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica*. 9. Recuperado de: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_histórico/REV32.pdf.
- Perea, Q. R. (2011). *Educación para la salud y calidad de vida*. Fernández, España: Ediciones Díaz Santos.
- Pinto, N. (2006). Repercusiones de la Violencia basada en Género sobre la salud de las mujeres. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(1), 8-14.
- Pomeroy, E. C., Kiam, R. & Green, D. L. (2000). Reducing Depression, Anxiety, and Trauma of Male Inmates: An HIV/AIDS Psychoeducational Group Intervention. *Social Work Research*, 24(3). Recuperado de: <http://www.questia.com/library/journal/1G1-65911988/reducing-depression-anxiety-and-trauma-of-male-inmates>
- Quintero, O. M. (1994). El Autocuidado. *Publicación científica OPS/OMS*, 352(59). Obtenido de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/autocuid.pdf>

- Romano, M. D. (2008). Lactancia Materna: Fuente de contaminantes ambientales o vía de protección frente a los tóxicos. En: G. M. J. Blázquez. *Maternidad y ciclo vital de la Mujer*. Zaragoza, España: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Salvatierra, M. V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Sebastiani, M. & Raffo-Magnasco de Testa, M. (2004). *Claroscuros del embarazo, el parto y el puerperio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Secretaría de Salud. (2008). *Guía de Práctica Clínica Control Prenatal*. Recuperado de: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Secretaría de Salud. (2008). *Programa de Acción Específico 2007-20012. Arranque Parejo en la Vida*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf>
- Shultz, D. & Shultz, S. E. (2002). *Teorías de la Personalidad*. México: Thomson.
- Videla, M. (1994). *Maternidad: Mito o Realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Zúñiga, M. A., Carrillo, G., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de Salud con la Encuesta SF-36 resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2). Obtenido de <http://www.chime.ucla.edu/documents/docs/SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf>

Anexo 1

Fecha:

No. de Cuestionario

Consentimiento informado para participar en una Investigación

Por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización por escrito de un instrumento este corresponde a una investigación que tiene como objetivo medir el. **Autocuidado en una población de Mujeres Embarazadas.**

La información obtenida a partir de sus respuestas en esta prueba tendrá un carácter totalmente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún motivo.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba (Si desea participar, por favor marque sus datos personales y firme en el espacio asignado)

Por último, recuerde que en este instrumento no hay respuestas buenas o malas, por eso le pedimos que responda de la forma más honesta posible.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Nombre: _____

Teléfono Particular _____

Delegación y/o Municipio. _____ Col. _____

Firma _____

INSTRUCCIONES: Escuche cada una de las siguientes preguntas e indique la respuesta que sea apropiada para usted.

A. FACTORES DEMOGRAFICOS.

1. Edad: _____

2. Estado civil:

1-.Madre Soltera	2-.Casada	3-.Unión Libre	4-.Divorciada	5-.Separada	6-.Viuda
------------------	-----------	----------------	---------------	-------------	----------

3. ¿Actualmente su pareja vive con usted?

1-. Si	2-.No
--------	-------

4. Escolaridad:

1. No sabe leer y escribir	2. Sabe leer y escribir	3. Primaria incompleta	4. Primaria completa	5. Secundaria incompleta
6. Secundaria completa	7. Técnica o comercio	8. Preparatoria incompleta	9. Preparatoria completa	10. Profesional

5-¿Trabaja fuera del hogar?

1. Sí. 2. No.

Horas a la semana	40	30	20	10	Menos de 10
-------------------	----	----	----	----	-------------

6. ¿Cuántos embarazos anteriores ha tenido?

0	1	2	Más de 2
---	---	---	----------

7. ¿Cuántos meses de embarazo tiene?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

8. ¿Acude usted a control de su embarazo?

1-. Si	2-.No
--------	-------

9. Quién le ayuda en los cuidados de su embarazo?

1. Nadie	2. Esposo	3. Familiares	4. Amigos	5. Vecinos
----------	-----------	---------------	-----------	------------

10. ¿Qué cambios ha observado en su forma de comer?

11. Señale por lo menos tres alimentos que come ahora que está embarazada y antes no?

12. Cuando acude a control, la atención que le proporcionan la considera.

1. Excelente	2. Muy buena	3. Buena	4. Regular	5. Mala.
--------------	--------------	----------	------------	----------

13-¿Cuenta usted con servicios de salud?

1-. Si ¿Cuál?	2-.No
---------------	-------

14. ¿Ha tenido que cambiar su forma de vestir?

1-. Si	2-.No
--------	-------

15. Practica algún ejercicio:

1. Nunca	2. Rara vez	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Diario
----------	-------------	------------------	-------------------	-----------

16. ¿Acostumbra ingerir bebidas alcohólicas?

1-. Si	2-.No
--------	-------

17. ¿Han cambiado sus hábitos respecto al alcohol con el embarazo?

1. Disminuyendo	2. Aumentando	3. No aplica
-----------------	---------------	--------------

B. ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Para cada pregunta indique la respuesta que mejor refleje su salud.

18. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente	2. Muy buena	3. Buena	4. Regular	5. Pobre
--------------	--------------	----------	------------	----------

19. Durante el mes pasado, ¿qué tanto tiempo ha sido usted una persona nerviosa?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco Tiempo	Nada de Tiempo
----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------	----------------

20. Durante el mes pasado, ¿qué tanto tiempo se ha sentido calmada y en paz?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco Tiempo	Nada de Tiempo
----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------	----------------

22. Durante el mes pasado, ¿qué tanto tiempo ha sido usted una persona feliz?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco Tiempo	Nada de Tiempo
----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------	----------------

23. ¿Qué tan frecuente, durante el mes pasado, se ha sentido tan deprimida que nada la puede animar?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco Tiempo	Nada de Tiempo
----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------	----------------

24. Estoy algo enferma:

Totalmente cierto	Algo cierto	No estoy	Algo Falso	Totalmente Falso
-------------------	-------------	----------	------------	------------------

25. Estoy tan saludable como cualquier persona sana que conozco:

Totalmente cierto	Algo cierto	No estoy	Algo Falso	Totalmente Falso
-------------------	-------------	----------	------------	------------------

26. Mi salud es excelente:

Totalmente cierto	Algo cierto	No estoy	Algo Falso	Totalmente Falso
-------------------	-------------	----------	------------	------------------

27. Me he sentido mal últimamente:

Totalmente cierto	Algo cierto	No estoy	Algo Falso	Totalmente Falso
-------------------	-------------	----------	------------	------------------

C. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

ESCALA PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.

INSTRUCCIONES:

Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismas. Por favor escuche cada uno de ellos, marque el espacio que corresponda al grado que mejor la describe a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas, pero asegúrese de que selecciona el número que mejor le corresponda a su persona.

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo.	Acuerdo	Acuerdo Total
28. Conforme cambia mi vida, hago cambios para mantenerme sana.					
29. Por lo general checo si las medidas que tomo para mantenerme sana son las adecuadas.					
30. Si no me puedo mover con facilidad hago los cambios o ajustes necesarios.					
31. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico mi medio ambiente					

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo.	Acuerdo	Acuerdo Total
32. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sana					
33. Casi siempre tengo la energía suficiente para cuidarme como debiera.					
34. Busco mejores formas de cuidarme a mí misma.					
35. Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpia.					
36. Me alimento de manera que mantenga mi peso a un buen nivel.					
37. Cuando es necesario me las arreglo para estar a solas.					
38. Con frecuencia pienso en tomar tiempo para hacer ejercicio durante el día, pero nunca lo hago.					
39. Con frecuencia pienso en tomar tiempo para descansar durante el día, pero nunca lo hago.					
40. A través de los años he hecho amigos a los que puedo llamar cuando necesito ayuda					
41. Generalmente duermo lo suficiente para sentirme descansada.					
42. Cuando recibo información sobre mi salud generalmente pido que me expliquen las palabras que no entiendo					

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo.	Acuerdo	Acuerdo Total
43. Generalmente examino mi cuerpo para ver si hay cambios.					
44. Si debo tomar una nueva medicina busco información sobre los efectos no esperados.					
45. En el pasado he cambiado algunos de mis viejos hábitos para mejorar mi salud					
47. Regularmente checo la utilidad de lo que hago para mantenerme sana.					
48. En las actividades de mi vida diaria generalmente me doy el tiempo para cuidarme a mí misma					
49. Cuando mi salud se ve en peligro soy capaz de buscar la información que necesito.					
50. Busco ayuda cuando no puedo cuidarme sola					
51. Casi nunca tengo tiempo para mí.					
52. Debido a que no puedo movilizarme con facilidad, no siempre puedo cuidarme como me gustaría.					

INSTRUCCIONES: Escuche cada una de las siguientes preguntas e indique la respuesta que sea apropiada para usted.

53. ¿Cuántas veces ha acudido al médico en el presente embarazo?

54. Durante el embarazo, ¿cuándo considera que debe acudir a control?

1-.Al inicio y al final	2-.Al inicio y cada mes	3-. Cada tres meses y al final	4-.Cuando necesite pase al hospital	5-. Cuando me sienta mal.
-------------------------	-------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

55. ¿Considera que si una mujer ha tenido varios hijos ya conoce cómo cuidar su embarazo?

1. Sí	2. No
-------	-------

56. ¿Ha cuidado a alguien embarazada?

1. Sí	2. No
-------	-------

57. ¿Qué tanta dificultad tiene para hacer del baño?

1-. Mucha	2-.Moderada	3-Poca	4-. Ninguna
-----------	-------------	--------	-------------

58. Sabe cuánto ha aumentado de peso?

1 Sí	2. No
------	-------

59. ¿Sabe si el aumento de peso está de acuerdo con los meses de embarazo?

1. Sí	2. No
-------	-------

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN PRENATAL

(Adaptación del PSQ)

Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí mismas. Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale con una cruz la casilla correspondiente teniendo en cuenta que:

A = Mucho **B** = Con frecuencia **C** = A veces **D** = Nunca

COD.	DIMENSIÓN	AFIRMACIÓN	PUNTUACIÓN			
			A	B	C	D
	AE	1. Creo que éste es un buen momento para quedar embarazada				
	AE	2. Puedo tolerar las molestias del embarazo				
	RP	3. Mi marido y yo hablamos del bebé que espero				
	RP	4. Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada				
	PA	5. Creo que el parto tendrá lugar con normalidad				
	RM	6. Mi madre esta ilusionada con mi embarazo				
R	PB	7. Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías				
R	PB	8. Pienso lo peor cuando me duele algo				
	RM	9. Mi madre está contenta con mi embarazo				
	RM	10. Mi madre me da buenos consejos				
	RP	11. A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el embarazo				
	PA	12. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto				
	PA	13. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones				
	RM	14. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas				
	RP	15. Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
R	PB	16. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener				
	RM	17. Mi madre ya espera a su nieto				

R	PB	18. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé				
	RP	19. Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito				
	RP	20. Puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto				
R	PB	21. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto				
R	RM	22. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo				
	PA	23. Estoy preparada para el parto				
	PA	24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto				
R	PB	25. Me angustian las posibles complicaciones del parto				
	PA	26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto				
	RP	27. En el momento de tomar decisiones, mi marido y yo siempre nos ponemos de acuerdo				
	RM	28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma				
	PA	29. Me siento bien informada sobre el parto				
R	PB	30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto				
R	AE	31. Me cuesta aceptar este embarazo				
	RM	32. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera				
	AE	33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				
R	AE	34. Ojalá no estuviera embarazada				
R	PB	35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto				
R	RM	36. Mi madre critica mis decisiones				
R	PB	37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto				
	RP	38. Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido				
	MI	39. Ya siento afecto por el bebé				
	MI	40. Creo que puedo ser una buena madre				
	MI	41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé				
	MI	42. Estoy feliz con este embarazo				