

Prácticas de cuidado y su influencia durante la gestación en Tunja, Colombia

Care practices and its influence during pregnancy in the city of Tunja, Colombia

Brigitte Migdolia Prieto Bocanegra

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia.

RESUMEN

Introducción: durante la gestación se realizan prácticas de cuidado que influyen en el binomio madre-hijo.

Objetivo: identificar el cuidado que realiza la gestante para sí y para su hijo por nacer.

Métodos: estudio descriptivo de corte transversal, participaron 130 gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo, sin enfermedades asociadas, en la ciudad de Tunja, Colombia, durante el 2014. Se aplicó el instrumento de prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer, validado por la Universidad Nacional de Colombia. Se utilizaron las categorías mala, regular y buena práctica. Los datos se procesaron utilizando estadística descriptiva (frecuencias absolutas, porcentajes, promedios, desviaciones estándar, valores mínimo y máximo).

Resultados : los hallazgos encontrados en la dimensión de estimulación prenatal revelan como el 39,23 % de la muestra, estimula al feto colocándole música. El 80,00 % de las gestantes nunca estimula al hijo con luz a través del abdomen, la estimulación táctil mostró una buena práctica. La actividad física constituyó una buena práctica que ayuda a mantener un peso adecuado y a prepararse para el trabajo de parto, el 50,00 %, realiza actividad física 30 minutos a la semana. Existe déficit en el consumo de alimentos esenciales durante el embarazo.

Conclusiones: en la muestra de estudio hubo déficit en la realización de prácticas de cuidado necesarias para la adecuada salud materna, fetal y neonatal, evidenciando la necesidad de desarrollar estrategias con base en los contextos y entornos propios de la gestante por parte del personal de salud que brinda atención en el cuidado materno.

Palabras clave: gestación; enfermería; salud materna; cuidado.

ABSTRACT

Introduction: During pregnancy care practices which affect the mother and child are realized.

Objective: To identify the mother takes care for themselves and their unborn child.

Methods: Cross-sectional study, 130 pregnant women participated in second and third trimester of pregnancy, with no associated in the city of Tunja, Colombia during 2014. illnesses instrument care practices engaged himself and the son was applied by birth, validated by the National University of Colombia. the poor, fair and good practice categories were used. Data were analyzed using descriptive statistics (absolute frequencies, percentages, means, standard deviations, minimum and maximum values).

Results: The findings in the dimension of prenatal stimulation revealed as 39,23 % of the sample, placing music stimulates the fetus. 80,00 % of pregnant women never encourages the child to light through the abdomen, tactile stimulation showed a good practice. Physical activity was a good practice that helps maintain a healthy weight and prepare for labor, 50,00 % physically active 30 minutes a week. There deficit in the consumption of essential foods during pregnancy.

Conclusions: This study evidenced the need to develop strategies based on their own contexts and environments of the mother by the staff as there is a deficit in the experiments of care necessary for proper maternal, fetal and neonatal health, evidencing providing health care in maternal care.

Keywords: pregnancy; nursing; maternal welfare; care.

INTRODUCCIÓN

La gestación es uno de los estados más significativos para la mujer y su familia, no solo por los cambios que suceden a nivel biopsicosocial, sino las nuevas prácticas de cuidado que surgen en el periodo prenatal, enmarcadas en un contexto sociocultural que influye directamente en el embarazo. La evidencia ha demostrado cómo estas prácticas son determinantes en el bienestar del binomio madre-hijo; por tanto, si se reconocen estas formas de cuidado, se podrán tener herramientas que permitan una atención en salud materna humanizada y de calidad.

En Colombia dentro de las causas de mortalidad materna: el 40 % se debe a afecciones obstétricas no clasificadas; el 21 % a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio; y el 17 % a complicaciones del trabajo de parto y del parto.¹ Estas complicaciones son susceptibles de ser evitadas, por tanto el reconocer las diferentes formas de cuidado permitirá identificar prácticas no benéficas, las cuales requieren detectarse a tiempo y así disminuir factores de riesgo que pueden llevar aumentar la morbilidad y mortalidad de este grupo de población.

Aunque los índices de mortalidad materna son el resultado de múltiples factores y condiciones de tipo médico, los aspectos sociales y culturales son factores que se deben identificar y trabajar en acciones de cuidado en torno a ellos. Los profesionales de la salud deben actuar teniendo en cuenta el contexto sociocultural de las personas y de la población y coadyuvar a la transformación de los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud.¹ Se conoce cómo la gestante, debido a los cambios que suceden durante el periodo prenatal a nivel biopsicosocial, reinterpreta y crea nuevos significados en relación con los cuidados propios durante este periodo; la influencia de la familia, redes de apoyo, conceptos culturales y sociales en torno al embarazo hace que se desarrollen prácticas de cuidado que son conocidas por sus beneficios, pero a la vez se omiten prácticas que de acuerdo a la evidencia ha demostrado son importantes durante el embarazo.

Las prácticas de cuidado están definidas como aquellas actividades que realizan las madres con ellas mismas y sus hijos por nacer durante el proceso prenatal con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar y al de su hijo por nacer. Comprenden lo que la gestante hace para cuidarse y cómo lo hace.² En estudios realizados en adolescentes gestantes se identificaron prácticas no beneficiosas relacionadas con la nutrición inadecuada, la automedicación y la falta de actividad física, factores que son determinantes para el adecuado progreso de la gestación.³

Por lo anterior, este estudio tiene como objetivo identificar las prácticas de cuidado que realiza la gestante para sí y para su hijo por nacer.

METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en una empresa social de la ciudad de Tunja, Boyacá, Colombia, durante el año 2014. Universo constituido por 130 gestantes en segundo y tercer trimestre, sin enfermedades asociadas, y que asistieron a control prenatal.

Para obtener la información se aplicó el instrumento de prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer (anexo), validado por la Universidad Nacional de Colombia en el grupo de cuidado materno-perinatal, con una validez de contenido general de 092 y un alfa de Crombach de 0,66, el cual se considera significativo teniendo en cuenta la medición de seis dimensiones del instrumento a saber:⁴ estimulación prenatal o fetal, actividad y ejercicio, higiene y cuidados personales, alimentación, hábitos no beneficiosos y sistemas de apoyo; las que permiten identificar prácticas benéficas y no benéficas que directamente influyen durante el periodo prenatal.

Se definen estas prácticas como las actividades que las gestantes hacen por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener su salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar, tanto para ellas como por el hijo por nacer.⁴

Los datos fueron clasificados en las categorías mala, regular y buena práctica. La mala práctica corresponde a gestantes que realizan menos actividades para cuidarse y podrían estar más expuestas a situaciones de enfermedad, con menor posibilidad de beneficios; regular práctica, a las gestantes que realizan algunas actividades para cuidarse y están medianamente expuestas a situaciones de enfermedad y con menor

posibilidad de beneficios; y buena práctica, a las gestantes que realizan más actividades para cuidarse y se espera que estén expuestas a menos situaciones de enfermedad, con beneficios para ella y su hijo por nacer.⁴

Para el procesamiento y análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0, utilizando estadística descriptiva (frecuencias absolutas y porcentajes, así como generación de promedios, desviaciones estándar, valores mínimo y máximo). Para la caracterización de la población, se utilizó una ficha sociodemográfica que permitió identificar variables propias del periodo prenatal.

Este estudio se clasificó como bajo riesgo, se caracteriza por emplear "técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta".⁵ No se realizaron intervenciones que pusieran en riesgo a las mujeres gestantes. Se respetó la dignidad, la integridad, consentimiento informado y los derechos de las mujeres gestantes, como principio ético fundamental. Se tuvieron en cuenta los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki y la resolución 8430 de 1993 para estudios con seres humanos igualmente para su realización se recibió aprobación del Comité de ética de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y el comité de la Empresa Social del Estado donde se desarrolló.

RESULTADOS

Las participantes en el estudio tenían entre 17 y 35 años de edad, el 66,15 % de las mujeres tenía entre 21 y 30 años con una media de 23. El 56,92 % de la muestra se encontraba en unión libre. El 46,92 % tenía nivel escolar secundaria completa y el 23,07 % estudios universitarios. El 53,84 % era ama de casa, el 24,61 % empleadas y 21,53 % estudiantes, el 52,30 % era multigestante. ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución de pacientes según variables sociodemográficas

Variable	Categoría	f	%	Min	Máx.	Media
Edad (años)	17 - 20	29	22,30	17	35	23
	21 - 30	86	66,15			
	31 - 35	15	11,53			
	Total	130	100,0			
Estado civil	Unión libre	74	56,92			
	Soltera	36	27,69			
	Casada	18	13,84			
	Separada	2	1,53			
	Total	130	100,0			
Escolaridad	Analfabeta	2	1,53			
	Primaria incompleta	5	3,84			
	Primaria completa	10	7,69			
	Secundaria incompleta	22	16,92			
	Secundaria completa	61	46,92			
	Universitaria	30	23,07			
	Total	130	100,0			
Ocupación	Ama de casa	70	53,84			
	Empleada	32	24,61			
	Estudiante	28	21,53			
	Total	130	100,0			
Gestación	Multigestantes	68	52,30			
	Primigestantes	62	47,69			
	Total	130	100,0			

Estimulación Prenatal

La evaluación general de esta dimensión describe como las gestantes tienen una regular práctica a la hora de estimular a su hijo. Solo un 39,23 % estimulaba al feto colocándole música, un 80,00 % nunca estimulaba al hijo con luz a través del abdomen, la estimulación táctil mostró una buena práctica al hablar y acariciar al hijo por nacer.

Se identificó que el 41,53 %, realizaba actividad física y ejercicio durante la gestación, se evidenció temor, pues algunas de las gestantes lo consideran una práctica nociva para el adecuado desarrollo del embarazo. El 50,00 %, realizaba actividad física 30 minutos a la semana, a pesar de no tener enfermedades asociadas ni contraindicación para realizar ejercicio, esta práctica no se realizaba en forma regular.

Alimentación

En esta dimensión no hubo hallazgos de mala práctica, sin embargo un 40,0 % tenía prácticas regulares, identificándose un déficit en el consumo de alimentos esenciales como las proteínas y leguminosas.

Hábitos no beneficiosos

Con relación a esta dimensión la cual evalúa aquellas prácticas no beneficiosas para el binomio madre-hijo, como la no asistencia a controles y el consumo de sustancias nocivas durante la gestación; el 87,69 % de las gestantes tenía buenas prácticas; asistían en forma oportuna a los controles programados y cumplían con las recomendaciones dadas por el personal de salud, no se encontró consumo de alcohol, tabaco u otra sustancia nociva durante el proceso de gestación, sin embargo el 35,38 % consumía más de tres tazas de café al día, pues no lo consideran nocivo para el feto.

Higiene y Cuidados Personales

En esta dimensión se encontró que el 90,00 % de las gestantes tenía buenas prácticas en relación con la asistencia a consulta odontológica y prácticas de aseo general. En relación al aseo del área genital, el 87,69 % lo realizaba en una forma adecuada. En la evaluación del apoyo percibido por parte de familiares y amigos, el 63,84 % refiere recibir apoyo de familiares y amigos, el 36,92 % no perciben este apoyo.

DISCUSIÓN

En este estudio las dimensiones de: actividad y ejercicio, estimulación prenatal y alimentación muestran una regular práctica, en la cual las gestantes realizaban algunas actividades para cuidarse, por lo que estaban medianamente expuestas a situaciones de enfermedad y con menor posibilidad de beneficios. Por tanto, es necesario desarrollar estrategias de cuidado que fomenten la importancia de su realización durante la gestación, pues estas influyen directamente en el bienestar materno-fetal y neonatal.

En relación a la estimulación prenatal, los resultados del presente estudio coinciden con los de *García*⁶ y *Arévalo*,⁷ donde se identifica cómo la estimulación es una práctica que no se realiza con regularidad por parte de las gestantes, a pesar de los beneficios que esta trae en el bienestar fetal y neonatal.

En Colombia, los cursos de maternidad y paternidad han sido una estrategia en donde se fomenta la importancia y el aprendizaje de la estimulación fetal, sin embargo, a pesar de la evidencia que ya se tiene sobre el beneficio de estos cursos,^{8,9} algunas mujeres de este estudio reportaron la no asistencia a los mismos, por tanto desconocen la forma de realizar esta práctica.

Las prácticas relacionadas con la estimulación táctil como el acariciar el abdomen y hablarle al bebé, fueron las que más realizaban las gestantes del presente estudio, coinciden estos hallazgos con lo encontrado en el estudio de *García*¹⁰ y *Parra*,¹¹ sin embargo la estimulación auditiva y visual es la que menos se practicó, algunas por desconocimiento en la forma de realización y otras porque no reconocen su importancia en el desarrollo fetal. Estos hallazgos evidencian una necesidad de fomentar otros espacios de encuentro, diferentes al control prenatal, que permitan el fomento de esta importante dimensión. Por otro lado, un gran porcentaje de las mujeres refieren no asistir a los cursos para la maternidad y paternidad, este resultado permite reflexionar sobre la baja cobertura y poca adherencia a esta estrategia, además de la necesidad de recuperar el acompañamiento de la pareja, familia o cuidador en estos cursos.

En relación con las prácticas de cuidado evaluadas, deben analizarse teniendo en cuenta los diferentes contextos en donde se desarrolla la mujer y la influencia que tienen los determinantes sociales en salud, pues estos indudablemente marcan las dificultades que se observan en la no realización de prácticas seguras. De acuerdo a *Karchmer*,¹² la maternidad segura se basa en los mismos principios que guían a los derechos humanos, la responsabilidad social, la igualdad y la participación. En la actualidad, la mujer se desarrolla en medio de inequidades y desigualdades que influyen necesariamente en la no realización de prácticas de cuidado, por tanto es necesario evaluar a la mujer gestante como una persona que gira en torno a un modo de vida, a unas condiciones de vida, pero también a un estilo de vida propio que determina en gran medida los comportamientos y significados que se tiene en torno a la maternidad y su cuidado.

Pasar del modelo meramente biomédico de la atención prenatal y pasar a un modelo más holístico, es el reto para los profesionales de salud, pues es en esta etapa donde la mujer requiere mayor acompañamiento centrado en las necesidades propias del binomio madre-hijo. *Cáceres*¹³ plantea como para las gestantes: la maternidad dura toda la vida y es una vivencia particular, distinta para cada quien, en cada época de la gestación y con cada hijo, por ello se requiere de un trabajo que no solamente se centre en lo biológico sino en los determinantes ecológicos, socio-económicos y comportamentales en los cuales está inmersa la gestante. Es importante que desde la academia se trabaje en reconocer estos determinantes y en la necesidad de su evaluación cuando se atiende al binomio: madre-hijo, diferentes estudios han concluido como las condiciones socioculturales como el embarazo en adolescentes, la multiparidad, la pobreza y el hecho de no vivir en casa propia han sido relacionadas con el inicio tardío de la atención prenatal.¹⁴

Es importante que este tipo de estudios se pueda realizar en gestantes del área rural, pues son diferentes contextos y dinámicas que pueden influir en la realización o no de estas prácticas de cuidado.

El control prenatal es una de las acciones en salud materna con mayor efectividad y efectos sobre el bienestar del binomio madre-hijo. En este estudio se identificó una gran adherencia a los servicios de salud, las participantes asistían a los controles prenatales y seguían las recomendaciones del personal de salud; sin embargo, manifestaron que les gustaría tener información acerca de: lactancia materna, cuidados durante el puerperio, planificación familiar, la cual no se obtiene durante los controles por el tiempo y las demás intervenciones que se realizan durante este.

Diferentes estudios,^{15,16} han demostrado como la actividad física durante la gestación trae beneficios como la disminución del riesgo de diabetes gestacional y preeclampsia, patologías conocidas por sus efectos adversos en el bienestar materno, fetal y neonatal. Además esta práctica ayuda a mantener un peso adecuado y a prepararse para el trabajo de parto.

A pesar de la gran cantidad de literatura donde se evidencian los beneficios, los estudios han señalado que las gestantes no siguen las indicaciones dadas sobre actividad física,^{17,18} a pesar de la evidencia de no existir riesgo para el bienestar fetal en ninguno de los trimestres.^{19,20}

El cuidado de enfermería a la mujer gestante debe incluir la adecuada asesoría en la importancia de realizar ejercicio, pues existen dudas y temores al respecto, además es necesario siempre tener en cuenta los contextos, cultura y significados que la gestante le asigna a la actividad física.^{21,22} Es importante que este tipo de estudios se pueda realizar en gestantes del área rural, pues son diferentes contextos y dinámicas que pueden influir en la realización o no de estas prácticas de cuidado.

En cuanto a la nutrición durante el embarazo son bien conocidas las repercusiones que tiene sobre el embarazo una inadecuada alimentación, tanto para la madre como para el feto. Estudios recientes demuestran como la alimentación puede influir directamente sobre el ADN fetal.²³ Por otro lado una complicación importante, resultado de una inadecuada nutrición, es el bajo peso al nacer,²⁴ el cual tiene una alta incidencia en Tunja. Por ello es necesario sensibilizar más sobre la importancia de la alimentación no solo durante la gestación sino en la etapa pregestacional, teniendo en cuenta, los diferentes contextos y determinantes sociales en salud,^{25,26} los cuales influyen en el tipo de alimentación que tiene la mujer gestante.

En su investigación con adolescentes, *Granados*²⁷ señala cómo ellas cambian muchos hábitos dañinos que tenían antes de la gestación por prácticas como una adecuada alimentación que pueda favorecer una mejor evolución del embarazo, sin embargo muchas de estas prácticas están basadas en el contexto cultural y social en el que se desarrolla la gestante.

En relación al consumo de alcohol y tabaco durante la gestación, se sabe que afecta notablemente a la madre y al fruto, para la madre este factor de riesgo es causal de innumerables complicaciones obstétricas como: insuficiencia placentaria, abortos, retardo de crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta; además de los efectos sobre el feto como: bajo peso, defectos a nivel del sistema nervioso, cardiaco y conductuales y de aprendizaje.^{28,29}

Al enterarse de su estado de gestación, un gran porcentaje de mujeres suspende el consumo de estas sustancias nocivas, sin embargo, el primer control prenatal se hace muy tarde, llevando consigo el riesgo durante los primeras semanas en la cual se producen los efectos a nivel teratogénico, no se puede dejar de lado que un gran número de embarazos se encuentra en adolescentes quienes por muchos factores consultan en forma tardía lo que lleva a retardar la suspensión de estas prácticas no recomendadas durante el embarazo. Por otro lado, a pesar de los beneficios que trae la atención preconcepcional; en la actualidad no existe esta cultura en el país, lo que influye en un incremento de embarazos no deseados, en los cuales la consulta prenatal se realiza en forma tardía y con factores de riesgo que hubiesen podido detectarse y controlarse a tiempo.

El acompañamiento de la pareja o familiar durante el proceso de gestación y parto es determinante, la percepción de falta de apoyo tanto de familiares y amigos hacia la gestante, evidencia la necesidad de fortalecer el acompañamiento en el periodo prenatal y atención del parto del compañero, familiar o cuidador. Se debe sensibilizar sobre el la importancia de la familia durante el proceso y no solo responsabilidad de la mujer gestante. Estimular la participación del compañero en el control prenatal estimula lazos de vínculo afectivo, que con seguridad permanecerán para siempre en los significados propios de la gestación.

Por otro lado la gestante es propensa a las infecciones de vías urinarias,³⁰ lo que trae como consecuencia diferentes complicaciones como la amenaza de aborto y parto pretérmino, si bien en este estudio se identificó una buena práctica con relación a la higiene del área genital, no se evaluaron otras variables como la retención miccional y la frecuencia de relaciones sexuales las cuales han demostrado su influencia en la aparición de infecciones urinarias.

En conclusión, el estudio identificó déficit en prácticas de cuidado en las dimensiones de estimulación prenatal, actividad física y alimentación, lo cual coincide con otros estudios realizados en diferentes regiones del país. Estos hallazgos evidencian la necesidad de desarrollar diferentes estrategias de tipo integral, que aborden la importancia de estas dimensiones en la atención materna. Se deben fortalecer los espacios de encuentro, diferentes al control prenatal, entre la gestante y los profesionales de salud, que logren una mayor interacción y permitan identificar necesidades individuales y propias del contexto donde se desarrolla el binomio madre-hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Protección de las Naciones Unidas. Ministerio de Salud y Protección social. Protocolos para la atención de Enfermería de la salud sexual y reproductiva de la mujer. Colombia. 2014 [citado 15 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.co/?portfolio=protocolos-para-la-atencion-de-enfermeria-a-la-salud-sexual-y-reproductiva-de-la-mujer>.
2. Muñoz de Rodríguez Lucy. Sublínea de investigación práctica de cuidado materno perinatal. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia: Unibiblos; 2001. p. 363.
3. Plata GEZ. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y su hijo por nacer las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal. Revista ciencia y cuidado. 2008;5(1):61-73.
4. Ruiz de Cárdenas CH, Fajardo MT, Velandia J. Validez y confiabilidad del instrumento prácticas de cuidado que realizan consigo mismo y con el hijo por nacer. av.enferm. 2006 [citado 15 Jun 2014];XXIV(1):26-34. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=480373&indexSearch=ID>.

5. República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución 008430 de 1993. Normas científicas, Técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá D.C. a octubre de 1993. [citado 15 May 2014]; Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf.
6. García LM. Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo. *av.enferm.* 2008 [citado 15 Dic 2014];XXVI(1):22-35. Disponible en:<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12882/13640>
7. Arévalo Sánchez E. Gestación y prácticas de Cuidado. *av.enferm.* 2007;XXV(2):50-7.
8. Miguelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth.* 2013 [citado 15 Jun 2014];13:154.<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-154>.
9. López JSS, Basulto DIC, Valázquez MAS. Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: experiencias de mujeres y hombres. *Psicol. Soc.* 2008 [citado 15 Oct 2014];20(3):434-42. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01027182200800030004
10. García LM, Charrasquel Ortiz M, Flórez Monterroza YL, Palencia LM, Santo Domingo FJ, Serpa Rivera YdJ. Prácticas sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte.* 2008;24(1):31-9.
11. Parra Reyes H, Medina GA, Estévez DR, Quintero CA, Duarte DG. Prácticas de cuidado de la gestante con ella misma y con su hijo por nacer. *Salud UIS.* 2011;43(1):27-32.
12. Karchmer S. Maternidad Segura porque siguen muriendo las mujeres. *Perinatología y Reproducción Humana.* 2011 [citado 15 Mar 2015];25(1):7-9. Disponible en:http://informe.gire.org.mx/rec/maternidad_karchmer.pdf.
13. Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan.* 2014 [citado 15 Feb 2015];14(3):316-26. Disponible en:<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2803>
14. Creswell JA, Yu G, Hatherall B, Morris J, Jamal F, Harden A, et al. Predictors of the timing of initiation of antenatal care in an ethnically diverse urban cohort in the UK. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2013 [consultado 22 May 2014];13:103. Disponible en:<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/103>
15. Pinzón DC, Zamora K, Martínez JH, Flórez ME, Aguilar de plata AC, Mosquera Ramírez. Type of delivery and gestational age is not affected by pregnant Latina-American women engaging in vigorous exercise. A secondary analysis of data from a controlled randomized trial. *Rev. Salud pública.* 2012 [citado 23 Nov 2014];14(5):731-43. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n5/v14n5a01.pdf>-

16. Dumith SC, Domingues MR, Mendoza RA, Cesar JA. Physical activity during pregnancy and its association with maternal and child health indicators. Rev Saude Publica. 2012 [citado 23 Nov 2014]; 46(2):1-6. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102012000200015&script=sci_arttext&tlang=en.
17. Mata F, Chilvi I, Roig J, Heredia JR, Isidro F, Benítez JD, et al. Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. Rev Andal Med Deporte. 2010; 3(2):68-79.
18. Borodulin KM, Evenson KR, Wen F, Herring AH, Benson AM. Physical Activity patterns during pregnancy. Med Sci Sports Exerc. 2008; 40(11):1901.
19. Carballo BR, López Mas C, Montejo R. Influencia del ejercicio físico en el tercer trimestre del embarazo sobre el comportamiento cardiocirculatorio de la unidad materno-fetal. Rev. Andal Med Deporte. 2010 [citado 15 Oct 2014]; 3(2):47-51. Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-articulo-influencia-del-ejercicio-fisico-el-13150918>.
20. Ramírez R, Aquilar C, Mosquera M, Ortega JG, Salazar B. Efecto del ejercicio físico aeróbico sobre el consumo de oxígeno de mujeres primigestantes saludables. Estudio Clínico aleatorizado. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 62(1):15-23.
21. Suarez DP, Rodríguez Muñoz L. La condición materna y el ejercicio en la gestación favorecen el bienestar del hijo y el parto. Av. Enferm. 2008; XXVI(2):51-8.
22. Petersen AM, Leet TL, Brownson RC. Correlates o physical activity among pregnant women in the United States. Med Sci Sports Exerc. 2005; 37(10):1748.
23. Brigs H. Lo que come la mujer antes del embarazo afecta el ADN del bebé. Mundo BBC. 2014 [citado 15 Mar 2015]. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2014/04/140430_salud_dieta_pre_embarazo_gtg.shtml?ocid=socialflow_facebook.
24. Vásquez MM, Soto J, Pisconte B, Mori-Quispe E, Hinostrosa WC, Contreras HP. Nutrición y Embarazo: explorando el fenómeno en pachacútec, ventanilla-callao. Revista Peruana de Epidemiología. 2013; (17)1:01-04.
25. Rodríguez I, Bernal MC. La alimentación de la gestante adolescente: el cambio favorable. Av.enfer. 2010; XXVIII(1):83-95.
26. Cáceres Manrique FM, Molina Marín G, Hernández Quirama A. Atención prenatal: entre la búsqueda de los derechos y la resignación. Hacia promoc. salud. 2014 [citado 23 Feb 2015]; 19(2):15-25. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista19 %282 %29_2.pdf
27. Granados LM, González AA. Prácticas de cuidado que hacen las gestantes adolescentes consigo mismas y con el hijo por nacer. MedUNAB. 2011; 14(1):9-14.
28. Berenzon GS, Romero MM, Tiburcio SM, Medina IME, Rojas GE. Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. Salud Mental. 2007 [citado 23 Feb 2014]; 30(1):31-8. Disponible en: <http://www.mediographic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam071e.pdf>.

29. Cortes HY. Prevalencia de tabaquismo en una población de embarazadas en el hospital universitario san Vicente de paúl en Medellín (Colombia). Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2011 [citado 15 Oct 2014];62(2):127-30. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474342011000200002&script=sci_arttext
30. Castro E, Caldas L, Cepeda C, Huertas B, Jiménez N. Creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias. Aquichan. 2008;8(2):183-96.

Recibido:

Aprobado:

Correspondencia

Brigitte Migdolia Prieto Bocanegra. Enfermera. Magister en Enfermería con énfasis en cuidado Materno-perinatal Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Salud Ocupacional y Prevención de Riesgo Laborales. Docente programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja- Colombia. Grupo de investigación: Calidad y Cuidado. E-mail: briyitd.prieto@uptc.edu.co

Anexo

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

N° CÉDULA_____

EDAD_____

ESTADO CIVIL: Soltera____ casada____ Unión libre____ viuda____ Separada____

ESCOLARIDAD: Analfabeta____ Primaria incompleta____ primaria completa____ secundaria incompleta____ secundaria completa____ Universitaria____

OCUPACIÓN_____ Estrato_____

Antecedentes Obstétricos: G____P____A____C____FUM:_____
SG_____

2. INSTRUMENTO PARA VALORAR LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO QUE REALIZAN CONSIGO MISMAS Y CON SU HIJO POR NACER LAS MUJERES EN ETAPA PRENATAL

	ALGUNAS	SIEMPRE
NUNCA	VECES	

1. ¿Le habla a su bebé?
2. ¿Evita colocarle música cerca de su abdomen?
3. ¿Estimula a su bebé con luz a través de su abdomen?
4. ¿Evita acariciar su bebé a través de las paredes de su abdomen?
5. ¿Realiza ejercicio por treinta minutos tres veces a la semana?
6. ¿Realiza actividades domésticas que le produzcan cansancio?
7. ¿Duerme más de seis horas durante la noche?
8. ¿Realiza actividades laborales que le produzcan cansancio?
9. ¿Dedica tiempo para descansar durante el día?
10. ¿Realiza actividades recreativas por lo menos una vez a la semana (ir al cine o al parque, caminar, visitar a familiares o amigos)?
11. ¿Se cepilla los dientes después de cada comida?
12. ¿Deja de asistir a la consulta odontológica durante la gestación?
13. Cuando va al baño ¿realiza limpieza de sus genitales de adelante hacia atrás?
14. ¿Acostumbra a realizarse duchas vaginales internas?

15. ¿Utiliza ropa que le permite libertad de movimiento?
16. ¿Consumo 3 o 4 veces leche o derivados (queso, kumis, yogurt, cuajada) al día?
17. ¿Consumo al día dos porciones, bien sea de carne, pescado, pollo o vísceras?
18. ¿Consumo al día dos porciones de hortalizas o verduras?
19. ¿En su alimentación diaria las frutas no están presentes?
20. ¿Consume 4 a 5 cucharadas de leguminosas (frijoles, lentejas, garbanzos) al día?
21. ¿Consume al día más de dos porciones de tubérculos (papa, yuca o plátano)?
22. ¿Toma al día entre 7 y 8 vasos de líquido?
23. ¿Busca apoyo económico de su familia, amigos o conocidos cuando usted lo requiere?
24. ¿Cumple las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende?
25. ¿No acostumbra solicitar a su familia o a sus amigos ayuda en los trabajos de la casa cuando usted lo requiere?
26. ¿Necesita que su familia o sus amigos le demuestren que la quieren?
27. ¿Asiste a todos los controles prenatales programados?

28. ¿Toma más de tres tazas de café al día?

29. ¿Evita fumar durante la gestación?

30. ¿Evita consumir licor durante la gestación?

31. ¿Consumes alguna sustancia que le produzca adicción durante la gestación (marihuana, cocaína o tranquilizantes)?

OBSERVACIONES _____

